

keling
wordt

d door
dy and
, 1994)
tat aan
oneren
n nieu-
ytische
sinnen

ven van
psycho-
invloed
n op de

e stoor-
nisatione
n steu-
agsthe-
aar het
noeilijk
lytische

ler)
eling
nds
ling
saam

benadering van deze complexe problematiek, de Transference Focused Psychotherapy (Wijts e.a. 2003) richt zich wel expliciet op emoties, maar hanteert andere uitgangspunten dan die welke wij in dit artikel naar voren willen brengen en beperkt zich tot borderlineproblematiek.

Alvorens in te gaan op de praktijk introduceren wij kort de gebruikte begrippen.

Het gehechtheidssysteem wordt geactiveerd in een situatie van verlies, gevaar, ziekte of pijn. De gehechtheidspersoon wordt opgezocht voor troost, steun en bescherming, teneinde zich veilig te voelen en te overleven. Gehechtheid staat niet voor 'houden van'; het is meer een voorstadium van complexe gevoelens als liefde. Het staat voor de meest basale relatie tot de ander, waar (on)veiligheid en (on)betrouwbaarheid primair zijn.¹ Het is geen objectrelatie in de strikte zin, omdat er bij een objectrelatie een differentiatie tussen twee personen bestaat en het bestaat van de ander als ander met eigen gedachten, gevoelens en intenties wordt ervaren.

Het kunnen denken over het gedrag van zichzelf en van anderen in termen van veronderstelde mentale toestanden wordt het vermogen tot mentaliseren genoemd.²

Hierbij spelen diverse mentale processen een rol, zoals reflecteren, representeren, categoriseren, informatie verwerken en fantaseren. Wie bijvoorbeeld niet heeft leren fantaseren zal op latere leeftijd niet kunnen begrijpen dat de ander wel eens vanuit de fantasie een bepaald beeld van de werkelijkheid creëert. Mentaliseren is een autonome, buiten het bewustzijn functionerende vaardigheid en is dus iets anders dan introspectie, die zich beperkt tot bewuste inhouden.

Mensen met een goed mentaliserend vermogen kunnen klachten ontwikkelen als gevolg van conflicterende representaties, bijvoorbeeld over vijandige of afgunstige gevoelens, of over de wens autonoom te zijn, die conflicteert met de wens om juist de illusie van eenheid met een verzorgende moeder te behouden. We spreken dan over mentale representatieve stoornissen.

Voor wie een afwezig of laag niveau van mentaliseren heeft, bestaat het leven uit concrete hier-en-nu gedragpatronen en somatische toestanden, in plaats van uit psychisch of symbolisch functioneren. Het vermogen ontbreekt te zeggen: 'Mij bekruipt opeens een zekere argwaan, waar zou dat door komen?', maar de overtuiging is: 'Mensen zijn eropuit om je te pakken, dus moet ik waakzaam zijn.' We spreken dan van mentale-processtoornissen. Descriptief kan een mentale-processtoornis begrepen worden als egodeflect, maar in het licht van het moderne gehechtheidsonderzoek begrijpen we nu beter dat dit defect een defensieve functie heeft. Het blokkeren van het mentaliserend vermogen stelt een persoon in staat om de beleving van intens pijnlijke mentale representaties, bijvoorbeeld vijandige intenties tegen hemzelf in de gehechtheidspersoon, te voorkomen.

Een veilige gehechtheid bevordert een intersubjectieve wereld met de mogelijkheid van mentaliseren. Aanvankelijk werd gedacht dat vroege gehecht-

heidsrelaties blauwdrukken van latere relaties vormden. Inmiddels is gebleken dat vroege gehechtheidsrelaties nog veel belangrijker zijn dan men dacht, omdat ze verantwoordelijk zijn voor het al dan niet ontwikkelen van zelfregulerende mechanismen, de aard en kwaliteit ervan en het kunnen mentaliseren. Deze functies worden samengevat onder de term Interpersoonlijke Interpretatieve Functie, de IIF (Fonagy 2002).³

De baby verkeert aanvankelijk in affecttoestanden die hem volledig in beslag nemen. Voor het reguleren van het affect is hij aangewezen op de primaire verzorger, meestal de moeder. Zij geeft een betekenis aan zijn affecttoestand, zij raadt als het ware wat er aan de hand is en wat hij wil. Als het vaak genoeg aansluit bij wat de baby voelt, leert deze zijn innerlijke toestand herkennen: ik heb honger.

Behalve dat moeders affectieve reactie aansluit op de toestand van het kind, zal zij er ook iets, een incompatibel affect, aan toevoegen, bijvoorbeeld troosten, wiegen, en dergelijke. Dit heet *containen*. Dit vormt de basis voor het door het jonge kind te ontwikkelen vermogen tot zelfregulerende mechanismen.

Op verschillende manieren kan hier iets mis gaan. Als ouders, ten gevolge van hun eigen problemen met het reguleren van emoties, makkelijk overspoeld raken door de affecttoestand van de baby en deze letterlijk spiegelen, dan is de interne affecttoestand equivalent aan de affecttoestand van zijn ouders en wordt deze niet gereguleerd. (Dit kan men bijvoorbeeld tegenkomen bij een ouder met een 'gepreoccupeerde' gehechtheidsstijl.) Als ouders zelf afwerend, depressief, of niet geneigd tot veel intimiteit zijn, dan kan het zo gaan dat zij het huilen van het kind negeren, of het vertalen in vermoeidheid of ziekte, zodat de communicatie van het kind ontdaan wordt van die betekenis die zijn huilen heeft, zodat hij deze niet leert kennen. Dan is het alsof zijn mentale toestand niet waar is, niet als psychische werkelijkheid bestaat. (Dit predisponeert voor het ontstaan van Winnicotts 'false self'.) Bij ouders die zelf getraumatiseerd zijn of bijvoorbeeld een verlies hebben geleden dat onverwerkt is gebleven, of die zich beangstigend tegenover het kind gedragen, kan een gedesorganiseerde gehechtheid het gevolg zijn (Hesse & Main 1999). Dan raakt het kind geneigd aan te nemen dat zijn mentale toestand gevaarlijk is of catastrofaal.

Het psychische functioneren van de pasgeboren baby is nog 'equivalent': de innerlijke en externe wereld worden nog aan elkaar gelijkgesteld. In de loop van het eerste levensjaar ontstaat daarnaast en apart daarvan het spel, de 'alsof' manier van mentaal functioneren, waarin de eigen ervaring juist losstaat van de realiteit. Voor de ontwikkeling van mentaliseren is het nodig dat die twee manieren van psychisch functioneren integreren.

De integratie van alsof- en equivalent functioneren wordt bevorderd door samen te spelen, in het bijzonder door samen te fantaseren. Daardoor kan het kind de ervaring opdoen dat gedachten en wensen buiten zichzelf, in het hoofd van de ander kunnen bestaan, maar toch niet 'echt' zijn. De psychi-

is geble-
lan men
elen van
kunnen
nterper-

n beslag
primaire
oestand,
c genoege
kennen:

het kind,
oorbeeld
voor het
mecha-

i gevolge
lijk over-
siegelen,
van zijn
tegenko-
ls ouders
i kan het
rmoeid-
t van die
an is het
elijkeid
self'.) Bij
ben gele-
het kind
(Hesse &
tale toe-

alent': de
n de loop
l, de 'als-
t losstaat
ig dat die

erd door
door kan
elf, in het
e psychi-

sche werkelijkheid valt niet samen met de realiteit van de ander; de ander heeft een eigen mentaal leven, dat anders kan zijn dan het jouwe (Deben-Mager 2003).

Bij een veilige gehechtheid kan het kind veilig exploreren en openstaan voor aanwijzingen over moeders gedachten en gevoelens. En zo vormt mentaliseren, naast aandachtstregulatie en affect representeren de derde IIF.

Het beoordelen van mentaliseren in diagnostisch onderzoek

Bij volwassenen Vaak krijgt men al bij de intake een beeld van het mentaliserend vermogen van de cliënt. Hiervoor kan het Gehechtheids Biografisch Interview (GBI) worden gebruikt, dat door Georg, Kaplan en Main (1996) werd ontwikkeld om de gehechtheidsrepresentaties te beoordelen. Dit semi-gestructureerde interview vraagt naar de ervaringen met gehechtheidspersonen. Bij de beoordeling van het interview wordt niet zozeer gekeken naar wat de geïnterviewde vertelt en heeft beleefd, maar of hij daar coherent, beknopt, eerlijk en helder over kan vertellen. Een voorbeeld van een mentaliserend antwoord op een vraag uit dit interview is het volgende: 'Mijn vader heeft iets intimiderends. En veel mensen kunnen daar niet doorheen kijken. Toen ik klein was kwamen sommige vriendjes liever niet bij mij thuis, omdat ze bang voor mijn vader waren. Ik denk dat hij zich terugtrekt als hij het erg druk heeft en dan komt hij niet vriendelijk over en dat kan dan als boos geïnterpreteerd worden, maar zo is hij niet.' Deze geïnterviewde begrijpt dat iemand een indruk kan wekken die niet aansluit bij wat hij voelt. Er is een duidelijk verschil tussen het zelf en de ander. Als je kan begrijpen dat je vader een boze indruk kan maken, maar dat dit niet betekent dat jij zelf een slecht, naar kind bent, dan versterkt dat de eigenwaarde en het zelfvertrouwen.

Een voorbeeld van een niet-mentaliserend antwoord is: 'Heel vroeger stond ik dicht bij mijn moeder, omdat zij mij opvoedde. Later draaide dat om en was ik waarschijnlijk dicht bij mijn vader, omdat, nou gewoon, omdat ik te veel tijd bij mijn moeder was.' Dit is een voorbeeld uit een interview dat als geheel als 'vermijndend' ('dismissive') werd gescoord. Er zijn geen gedachten over gevoelens, ideeën, kortom mentale toestanden, en er worden concrete (concretistische) verklaringen gegeven.

Nog een voorbeeld, maar nu uit een interview van een als 'gepreoccupeerd' geclassificeerde persoon: 'Mijn mening over mijn moeder is dat ik zo ongeveer geen betere moeder had kunnen hebben. Onze relatie is heel open en ik ben zelf ook heel open naar anderen. Zij is een grote steun en toeverlaat. Ik wist wel, weet wel, ik bedoel er was ook die zeurende kant, ze kon erg moeilijk zijn en maar vitten en vitten. Maar ze was zo zorgzaam voor mij.'

Dit is een inconsistent antwoord (beste moeder – moeilijk en vitten – zo zorgzaam) en de geïnterviewde is nog actueel verwickeld in de relatie, zoals blijkt uit het overgaan naar de tegenwoordige tijd, terwijl de vraag uitdrukkelijk over het verleden gaat. Er is te weinig onderscheid tussen het zelf en de ouder.

Het onvermogen tot mentaliseren blijkt in de praktijk soms pas na een tijd, bijvoorbeeld in een bepaalde 'vreemdheid', sociale onhandigheid en een waakzaamheid, ten gevolge van het overheersen van de equivalente manier van psychisch functioneren. Of het blijkt dat cliënt toenemend in verwarring raakt over de analytische setting en de therapeut steeds meer als bedreigend ervaart, omdat hij diens interventies en bedoelingen niet kan snappen.

Bij kinderen Om zicht te krijgen op de gehechtheidrelaties van een ouder kind, kan vanaf een jaar of drie de semi-gestructureerde Little Piggy Narrative Storysystem-procedure (Hodges e.a. 2002) worden afgenomen.⁴ De onderzoeker legt het kind een aantal gezinssituaties voor, die met behulp van poppetjes en spelmaterialen door de onderzoeker worden neergezet. Vervolgens vraagt hij het kind: 'Laat me eens zien en vertel me hoe het verder gaat.' Deze methode biedt een blik op de basisscripten die het kind heeft van menselijke relaties.

We illustreren dit met een voorbeeld. Het uitgangspunt is een onaf verhaaltje over een verbrande hand. (Plaats van handeling:) Vader en kind 2 zitten aan tafel op stoelen; moeder en kind 1 staan bij het fornuis. De onderzoeker vertelt aan het kind: 'Voor dit verhaal is de hele familie in de keuken. Moeder maakt eten voor iedereen. Moeder zegt: "We gaan zo heerlijk eten, maar het is nog niet helemaal klaar. Kom niet te dicht bij het fornuis." Kind 1 zegt: "Mmmm, dat ruikt lekker! Ik wil niet wachten, ik wil nu eten." (Onderzoeker laat zien dat kind 1 vooroverbuigt en de pan van het fornuis afstoot zodat het eten op de vloer valt.) Kind 1 zegt: "Auh ik heb mijn hand gebrand! Het doet zeer!"...'

Dan vraagt de onderzoeker of het kind kan vertellen en laten zien hoe het verder gaat.

Wouter (7 jaar) vertelt het volgende verhaal: (hij zet eerst de stoelen op de tafel en lacht) 'Moeder is boos: "Ik zei toch dat je moest wachten! ... kijk nou wat je gedaan hebt, sukkel ... ga nou maar aan tafel zitten, oh, nee, op de tafel ... hij wordt vandaag ons eten!" "Eigen schuld", zegt moeder, "dan moet je dat maar niet doen" ... hap, hap ... Ze eten Tom op. Dan valt het broertje Piet flauw. Vervolgens blijkt de pan te kunnen toveren en maakt Tom weer levend. Tom en Piet gaan weer kattenkwaad uithalen. Ze eten het eten dat op de grond ligt samen op. De ouders zijn aan het slapen.'

Wouter heeft een beeld/representatie van volwassenen als mensen die niet helpen, afwijzen, kwaad zijn. De boze reactie van zijn moeder is voor hem catastrofaal: hij wordt opgegeten. Zijn zelfrepresentatie is zichzelf te moeten helpen, beschadigd te raken en dood te gaan. De uitingen van agressie in het verhaal zijn extreem en bizar. Hij maakt een bedreigende fantasie, die aan het einde van het verhaal plotseling geneutraliseerd wordt door een magische wending.

Opvallend is dat nergens gerefereerd wordt aan een mentale toestand, aan hoe de personages zich zouden kunnen voelen of welke overwegingen of

k
a
k
h
"
h
v
z
I
r
z
F
I
z
t
v
v
s
c
i
c
c
l
r
t
t
l

Mentalis

een tijd,
en een
manier
warring
leigend
m.

n ouder
Narrative
derzoe-
poppe-
volgens
it.' Deze
mselijke

erhaaltje
ten aan
sker ver-
Moeder
naar het
dit zegt:
erzoeker
odat het
Het doet

het ver-

en op de
kijk nou
de tafel
moet je
ertje Piet
r levend.
at op de

die niet
oor hem
moeten
sie in het
, die aan
en magi-

and, aan
ingen of

ideeën ze zouden kunnen hebben. Overheersend is een beeld van de ouder als afwijzend en niet beschikbaar. Het kind ziet zichzelf vooral in acties.

Jenna (7 jaar) vertelt een ander verhaal als vervolg op het verbrande-handverhaalje: 'Anna heeft heel erge pijn, ze moet hard huilen. Haar moeder gilt: "Kijk uit wat zei ik nou!" Iedereen is erg geschrokken en moeder houdt haar hand onder de koude kraan een hele tijd. Anna zit bij moeder op schoot en vader doet er een pleister op. Dan voelt ze zich weer wat beter. En dan gaan ze met zijn allen patat halen en lekker bij de televisie eten.'

Dit meisje heeft meer mentale beelden en gedifferentieerde gehechtheidsrepresentaties ter beschikking, zowel van de ouders als zorgend als van zichzelf als klein, kwetsbaar en hulpbehoevend maar ook als genietend en geholpen. Deze mentale representatieve verwerking zal haar helpen om met moeilijke situaties om te gaan. Ze kan anticiperen op gedrag van anderen en zich ook verplaatsen in een ander, omdat ze weet hoe het voelt als je verdrietig bent bijvoorbeeld. Ze kan begrijpen dat moeder boos uitvalt, omdat zij vreselijk schrikt.

Wouter kan gedrag van anderen niet begrijpen: gedachten over boosheid en straf van de ander staan voor hem gelijk aan de werkelijkheid dus stopt het denken erover. Omdat zijn gedachten gelijk zijn aan de werkelijkheid leeft hij in een angstaanjagende wereld. Hij is kwetsbaar en angstig zonder dat hij daarover na kan denken en hij heeft geen andere mogelijkheid dan met bazig en sociaal onhandig gedrag te reageren.

Het ontbreken van het verwerken van mentale representaties van zichzelf en anderen leidt vaak tot impulsiviteit. De werkelijkheid is voor deze kinderen een chaotische verzameling handelingen, die niet duidelijk gestuurd worden en die ze vaak wanhopig proberen onder controle te houden. Ze zijn dwars tegen hun ouders en proberen macht over de ouder te krijgen. In de therapie zijn het vaak heel dwingende cliëntjes.

Mentaliseren in de behandeling

Om te kunnen profiteren van een psychoanalytische behandeling die is gericht op het herstructureren van de representatieve wereld van de cliënt door middel van interpreteren, is het kunnen denken over eigen mentale toestanden en die van anderen een voorwaarde. Een interpretatie als: 'U meent dat anderen boos op u zijn, maar u bent zelf boos op anderen en op mij, omdat ik ook al teleurstel, net als uw ouders vroeger', is voor iemand die mentaliserend functioneert zeer verhelderend, maar voor iemand die hoofdzakelijk in de equivalente manier functioneert veel te gecompliceerd.

Wat zijn nu interventies die het mentaliseren bevorderen?

Dit zijn ten eerste interventies die gericht zijn op affectregulatie en het richten van de aandacht. De aandacht wordt gericht op niet-bewuste, impliciete patronen, zoals habituele aspecten van het gedrag van de cliënt, of systematisch terugkerende manieren van denken.

Een tweede categorie van de IIF is het representeren van het affect, beter gezegd, de secundaire affectrepresentatieve verwerking. Net als in de gehechtheidsrelaties is het afleiden van de affectieve representatie van de primair affectieve toestand van de cliënt door de therapeut zeer belangrijk. Aan de hand van diverse signalen, lichaamshouding, stembuiging en dergelijke wordt geïnterpreteerd wat de gemoedsgesteldheid is.

Hieruit volgt dat de therapeut verantwoordelijk is voor het contact, voor de affectieve afstemming, de spanningsregulatie en het raden wat de cliënt wil. Ten slotte zijn er interventies die het mentaliseren expliciet willen bevorderen. Dit type interventies is gericht op het denken over gedachten, wensen en bedoelingen, op mentale processen zoals fantaseren, categoriseren, herinneren, en op wat de cliënt zou kunnen denken dat de ander, in dit geval de therapeut, denkt. Er wordt dus in de overdracht gewerkt, zonder deze te interpreteren. De therapeut is actief en denkt hardop en hij vraagt de cliënt niet naar associaties. De impliciete patronen en enactments worden geëxpliciteerd in de behandelingsrelatie. In plaats van voor te leggen: 'Je durft dat niet te zeggen omdat het bij je ouders zo verboden was om tegen te spreken', zegt de therapeut: 'Ik denk dat jij denkt dat ik het onbeleefd vind als je iets wil tegenspreken.' De interventies zijn zodanig vormgegeven dat er iets gezegd wordt over de beleving en de gedachten van de therapeut over de cliënt. Bedoeld wordt hier niet 'self-disclosure', zelfonthulling, in de zin dat de analyticus iets over zichzelf vertelt, maar hij beantwoordt aan de enorme behoefte van deze cliënten om te weten hoe en wat de therapeut over hem of haar denkt.

Bovendien maakt de therapeut zo ook expliciet onderscheid tussen het denken van zichzelf als behandelaar en het denken van de cliënt. Hij schept voortdurend een beeld van de cliënt om de cliënt te helpen begrijpen wat deze voelt.

Als we beseffen hoe bedreigend de gehechtheidsrelatie voor de cliënt is, dan begrijpen we ook dat zijn weerstand of afweer onderdeel is van zijn onveilige gehechtheidsrelatie en dat hij zich daarmee beveiligt tegen de voor hem zo beangstigende gehechtheidspersoon. Zelfs de behoefte om zich te hechten is al beangstigend. Tegelijkertijd kan separeren, bijvoorbeeld bij een onderbreking, vanuit de angst om 'verloren' te raken een grote paniek oproepen, al dan niet beleefd als woede, omdat er geen besef is van eigen en andermaans mentale toestand.

Een actieve, positieve en sympathieke opstelling van de analyticus is nodig om ook in tijden van negatieve gevoelens een atmosfeer van respect, acceptatie en hoop overeind te houden. Soms komt dan de negatieve overdracht niet aan bod, maar bij patiënten met een laag of weinig ontwikkeld vermogen tot mentaliseren en een onveilige gehechtheid is een context van veiligheid met de therapeut belangrijker dan het herbeleven van negatieve ervaringen met een ander (Shane & Shane 2001). Zelfs empathie (het begrijpen en dit begrip communiceren aan de cliënt) zonder sympathie (zorg, meeleven,

et, beter
ls in de
n de pri-
rijk. Aan
ergelijke

voor de
liënt wil.
bevorde-
ensen en
n, herin-
geval de
deze te
de cliënt
geëxpli-
durft dat
'preken',
e iets wil
s gezegd
le cliënt.
it de ana-
: behoef-
n of haar

het den-
ij scheidt
pen wat

nt is, dan
onveilige
r hem zo
: hechten
n onder-
oepen, al
dermans

is nodig
t, accep-
verdracht
d vermo-
an veilig-
e ervarin-
rijpen en
meeleven

en helpen en het actief creëren van een positieve atmosfeer) kan een onverdraaglijke vorm van abstinentie betekenen.

Zoals bij het jonge kind de integratie van alsof- en equivalent functioneren bevordert wordt door samen te spelen, zal de therapeut de levendigheid van haar mimiek en houding soms overdrijven om duidelijk te maken dat het om spelen gaat (Verheugt-Pleiter 2003). Via speelsheid en humor wordt ruimte geschapen om met gedachten, wensen en ideeën te spelen. De mentale inhouden krijgen daardoor een zekere autonomie ten opzichte van de equivalentie manier van functioneren enerzijds en ten opzichte van de grenzeloosheid van de fantasie anderzijds.

Het doel in de behandeling van cliënten met een mentale-processtoornis is het ontwikkelen van mentale representaties en het kunnen mentaliseren, terwijl bij cliënten met een mentale representationele stoornis de focus is tegenstrijdige gedachten, gevoelens, intenties en dergelijke in het voorstellingsysteem te ontrafelen.

Voorbeeld volwassenenbehandeling Joke, een vijftientigjarige studente is in behandeling gekomen vanwege problemen in sociale contacten. In de intake blijkt er veel angst, schuld en schaamte, en een dringende behoefte te begrijpen wat er met haar aan de hand is. In de intensieve psychoanalytische behandeling blijkt in de loop van het eerste jaar, dat zij zich eigenlijk voortdurend bedreigd voelt, of beter: is, want er is nauwelijks ruimte om over haar beleving te reflecteren. Er is geen humor, geen 'analytische ruimte', geen mentaliseren. Zij functioneert in de equivalentie manier.

Een vignette uit een sessie, in de loop van het tweede jaar, illustreert hoe de therapeute met haar werkt.

Nadat Joke binnen is gekomen, steekt ze direct van wal. Ze zegt dat ze zich een beetje verdrietig voelt, is altijd op weg hierheen aan het denken wat ze zal zeggen, hoe ze zal beginnen. Dan vertelt zij vrij omstandig en verontwaardigd over een voorval in het zwembad, vanochtend, waarbij iemand tegen haar opbotste en nog begon te schelden ook. Ze had wel lelijk kunnen vallen. Alsof ze voor zo iemand gewoon niet bestaat!

Bij iemand die meer representaties van het eigen gevoel en van interacties ter beschikking heeft, zou de therapeute kunnen benoemen hoe geschrokken en kwaad ze moet zijn, maar gebleken is al dat zij met dergelijke opmerkingen niet veel kan doen.

Met het oogmerk aan te sluiten op de basale stemming, teneinde mentale toestanden te ontwikkelen, waarover samen nagedacht kan worden zegt de therapeute: 'Ik denk dat je je zo verdrietig voelt hierheen komend, omdat je zo ontzettend moeilijk kan voelen dat je ertoe doet, voor die zwemmer niet en voor mij niet.'

Zij huilt even, kort en wat explosief. Ze zegt: 'Ik voel me ook al niet welkom in de werkgroep.' Dan na een minuut stilte: 'Ik wil nu wel wegrennen hier!'

Therapeute: 'Je bent zó in de war over wat je voelt of zou moeten voelen dat je ervan weg wil rennen, maar er is geen plek om naar toe te rennen.'

Ook deze interventie beoogt aan te sluiten bij het basale affect: dat het voor haar enorm onveilig is om welk gevoel dan ook te hebben en dat een gehechtheidsrelatie zelf onveilig voor haar is.

Dan gaat er iets mis.

Joke: 'Ik schaam me over dat huilen. Ik ben heel erg bang het fout te doen.'

Therapeute: 'Heb je zo het gevoel dat het allemaal je eigen schuld is?'

Joke: 'Ik had beter uit moeten kijken in het zwembad. Ik voel me wanhopig en leeg. Niets doet ertoe, uiteindelijk ga je toch dood.'

Therapeute: 'Zo was het ook echt voor jou, dat je er niet toe deed.'

Joke: 'In de werkgroep werd ik geplaagd, over mijn vragen. Daar kan ik helemaal niet tegen. Maar ik hebt nog steeds het idee niets meer te vertellen te hebben vandaag.'

Wat gebeurt hier? Zij beschrijft dat ze beter had moeten uitkijken, wanhopig en leeg is. Als de therapeute vervolgens haar gedachte herhaalt, dan betekent dat voor haar dat de therapeute het met haar eens is, omdat zij psychisch in de equivalente manier functioneert. Nu is haar echt een schuldgevoel bezorgd en dus maakt ze haar geest leeg. De opmerking: 'Zo was het echt, dat je er niet toe deed', is empathisch bedoeld, maar sluit niet aan op het thema van de angst belachelijk of nietswaardig te zijn. Ze blokkeert mentaal.

Wat te doen in vervolg hierop? Het ligt voor de hand om te denken aan afgeveerde boosheid, maar dat sluit niet aan bij haar beleving.

De therapeute zou het volgende kunnen zeggen: 'Ik denk dat ik misschien iets niet goed begrepen heb en dat jij je daardoor slechter gaat voelen. Ik denk dat een van de redenen waarom je nu niet meer wil praten zou kunnen zijn dat je erg bang bent uitgelachen te worden, en tegelijk wil je ook graag praten en vertellen. Als ik zeg dat jij je schuldig voelt, dan hoor je dat het jouw schuld is.'

Deze interventie illustreert het besef als behandelaar verantwoordelijk te zijn voor het contactverloop. Als de cliënt blokkeert neemt de therapeut de verantwoordelijkheid: 'Ik moet iets verkeerd gezegd hebben.' Deze reactie sluit aan bij de basale angst belachelijk gemaakt te worden, geplaagd te worden en er niet toe doen. De therapeute beseft en erkent de behoefte om te praten en contact te hebben en probeert mentale toestanden te benoemen, zodat erover gedacht kan worden. De aandacht wordt gericht op wat de therapeute denkt over de cliënt.

Voorbeeld kinderbehandeling Suzanna is zes jaar als ze in behandeling komt, twee keer per week. Ze wordt aangemeld met klachten over hyperactiviteit, impulsiviteit en roekeloos gedrag. Ze vindt het vreselijk om naar school te gaan en andere kinderen worden bang van haar driftaanvallen. Ze komt graag naar de therapie zolang er geen onderbrekingen zijn en zolang ze binnen het fantasiespel kan blijven.

: praktijk	
len dat je het voor dat een	Een vignet: Suzanna is zeer dwingend naar haar therapeute. Samenspelen is niet mogelijk, zij beveelt de therapeute wat deze moet tekenen. De therapeute moet precies hetzelfde maken als zij, wat natuurlijk niet helemaal lukt. Helemaal onverdraaglijk is dat de therapeute iets maakt wat net ietsje mooier is dan Suzanna's tekening. Dan worden de tekeningen ogenblikkelijk omgeruild. De therapeute wordt voortdurend gecommandeerd om dingen aan te geven zoals gum of pennen en Suzanna wordt kwaad als dat niet snel genoeg gaat.
: doet. ?	
:anhopig	De therapeute kent Suzanna inmiddels een jaar en weet dat een interventie die het conflict benoemt tussen de wens heel goed in tekenen te zijn en de confrontatie met de realiteit, bij haar alleen maar woede en verwijdering geeft. Suzanna zit nog te veel in de 'alsof-wereld' en kan deze niet integreren met een realiteit die haar overspoelt. Er is niets tussen het perfect doen en kapot maken.
: ik hele- tellen te	
:anhopig betekent chisch in ldgevoel het echt, p het the- entaal. aan afge-	De therapeute moet dus eerst zichzelf en haar eigen gemoedstoestand in beeld brengen, de aandacht richten op de interactie, en het affect representeren. Therapeute speelt mee, doet haar best om Suzanna te helpen en neemt de rol op zich van het kind dat alles fout doet. Dan gaat therapeute overdreven krennen als ze voor de derde keer gehoord heeft dat ze het niet goed doet. Ze zegt dat het haar toch wel een heel naar gevoel geeft om steeds alles fout te doen. Na verloop van tijd blijkt dat Suzanna dat heel goed kan horen en ze lijkt dan een klein beetje met de therapeute mee te kunnen voelen. Ze zegt: 'Het was misschien een ongelukje, probeer het nog eens.'
: misschien : ik denk anen zijn raag pra- het jouw	Suzanna merkt dat de therapeute zich vervelend kan voelen en dat kan verwoorden en verdragen. Door én speels én serieus met het falen van de therapeute bezig te zijn, ontstaat er wat ruimte, omdat zij net anders reageert dan Suzanna verwacht.
lijk te zijn ut de ver- actie sluit e worden te praten en, zodat therapeute	Het controlerende gedrag van Suzanna is soms nauwelijks te verdragen. In een van de sessies na haar verjaardag is de spanning om te snijden. We hebben haar kwaadheid dat therapeute niet op de verjaardag was al vaker besproken. Nu heeft ze ontdekt dat een ander kind iets op het schoolbord getekend heeft. Ze smijt de krijtjes in de prullenmand en ze beveelt met overslaande stem en met grote paniekogen wat de therapeute moet doen. Ze wil dat de therapeute in de therapiekamer een speurtocht voor haar uitzet. Een spel dat vaker gespeeld wordt en dat de therapeute de gelegenheid geeft om te benoemen wat zij denkt dat het kind in gedachten heeft en wat ze denkt dat het kind over háár spelstrategieën denkt. Het thema van het gevonden willen worden speelt hier een rol.
:andeling :yperacti- om naar vallen. Ze :n zolang	Maar in deze sessie is het anders: er kan eigenlijk niet gespeeld worden. Haar bevelen zijn zo verwarrend en tegenstrijdig dat therapeute ze werkelijk niet kan opvolgen. Suzanna begint te slaan uit machteloze woede, zodat therapeute haar moet haar begrenzen. De spanning loopt op totdat ook therapeute het niet meer weet, niet meer kan denken. Ze zegt: 'Weet je dat ik het nu

echt niet meer kan, ik ben in de war, ik wil graag doen wat jij wilt spelen, maar het lukt me echt niet.' Het is een geladen moment. Het lijkt erop dat Suzanna ziet dat de therapeute er ook mee zit en dat ontspant haar. Therapeute kan dan zeggen: 'Het lijkt wel of we allebei bang zijn om elkaar kwijt te raken.' Het feit dat de therapeute de verantwoordelijkheid voor de enactment op zich neemt, geeft ruimte. In de sessie hierna vertelt Suzanna honderduit over haar dagelijks leven, iets dat ze tot dan toe nog niet gedaan had.

Voor veel kinderbehandelaars was mentaliseren al lang een min of meer natuurlijk ingrediënt. Net zoals in de interactie van de moeder met het jonge kind ligt het ook voor een behandelaar met een jong kind voor de hand om intuïtief mentaliserend te werken. Voordeel van de onderhavige benadering is dat duidelijk kan worden welke techniek iemand gebruikt en dat er explicieter voor een bepaalde techniek gekozen kan worden (met mogelijk de restrictie dat ook therapeuten hun gehechtheidsstijl hebben).

H
'a
n
al
h
ir
n
E
o
v
v
ju
n
T
c
w
n
r
a
v
d
d
h
T
a
t
c
f

Tot slot

Zowel het gehechtheidsonderzoek als het neurobiologisch onderzoek hebben veel inzichten opgeleverd over de ontwikkeling van allerlei neurocognitieve vaardigheden in de vroegste kinderjaren, van deze vaardigheden hebben wij in het bijzonder die van het mentaliseren eruit gelicht.

Door deze kennis is er ook zicht gekomen op de mogelijkheid om iets te veranderen bij zeer vroeg gewortelde klachten en symptomen, waarbij affectregulatie, aandachtvaardigheden en mentaliseren tekortschieten. Van Anna Freud wordt gezegd dat zij placht uit te roepen: 'Dat is geen psychoanalyse, dat is ontwikkelingshulp!' (Steele 2002).

Inmiddels is deze psychoanalytische ontwikkelingstherapie (Hurry 1998) zich aan het ontwikkelen tot een serieuze psychoanalytische techniek met een eigen indicatiegebied en toepassing.

Fonagy formuleert dat aldus: 'The two key principles of mentalization for Freud, then, were that intentionality is not restricted to consciousness, and that expansion of the capacity to think about desires, feelings, and thoughts – those of which the patient is unaware – is therapeutic when undertaken in the context of an attachment relationship' (Fonagy 2003).

Bij cliënten met een mentale-processtoornis (meestal een persoonlijkheidsstoornis) is een andere benadering nodig dan bij cliënten met stoornissen in de mentale representaties (meestal neurotische problematiek). Daarbij moet worden opgemerkt dat het ook bij neurotische problematiek kan gaan om zaken die onvoldoende gerepresenteerd zijn, omdat ze uit de moeder-kind-interactie zijn gebleven.

Behandelingen van mentale-processtoornissen doen een groot beroep op het incasseringsvermogen van de therapeute, omdat zij de grote behoefteverdragen en ook de intens vijandige introjecten, die de cliënt in de therapeute plaatst.

Noten

1. Het onde-
lietde is in de
Terwijl met ge-
van nabijheid
wordt bedoeld
basale mense-
heid, zorg, be-
Shane 2001).

2. Reflectie-
satie van dit b

Literatuur

Cassidy, J.:
Attachment, Ti-
tions, New Yo-
Deben-Ma

er spelen.
erop dat
er. Thera-
er kwijt te
tactment
nderduit
l.

of meer
et jonge
hand om
nadering
er expli-
ijk de re-

oek heb-
trocogni-
den heb-

ets te ver-
j affectre-
/an Anna
oanalyse,

rry 1998)
niek met

sation for
ness, and
thoughts
rtaken in

lijkheids-
nissen in
rbij moet
gaan om
der-kind-

ieroep op
ehoefig-
en, die de

Het is onze ervaring dat deze aanpak om een iets andere psychoanalytische 'attitude' vraagt. Waar men in de klassieke psychoanalytische techniek de mogelijkheid heeft om een duiding te doen over de ander en zelf min of meer afwezig te blijven, wat in theorie de afstand tot de cliënt kan vergroten, is in de hier beschreven benadering het doel uitdrukkelijk om de interactie en zichzelf in het hier en nu centraal te stellen. Anders gezegd: men duidt naar zich toe en niet van zich af. De behandelaar biedt zich aan als ontwikkelingsobject.

Er wordt niet zozeer gezocht naar reconstructies, maar naar mogelijkheden om de interactie in het hier en nu te expliciteren. Bij cliënten die in de equivalente manier functioneren, zijn humor, speelsheid en anders reageren dan verwacht belangrijk. Dit is de praktijk makkelijker gezegd dan gedaan, want juist in deze interacties is het voor de therapeut ook moeilijk om te blijven mentaliseren.

Ten slotte is dit type behandeling een gezamenlijke onderneming, waar cliënt en therapeut aan bijdragen, maar waarbinnen de therapeut de verantwoordelijkheid neemt voor het contact, voor het onder woorden brengen van mentale toestanden (in plaats van te vragen naar associaties). Door langdurig en vaak te expliciteren hoe de cliënt over zichzelf en de therapeut en hun analytische relatie denkt en voelt, kan er een mentale representatie ontstaan van zichzelf en van de analyticus als denkend en voelend. Dat kan vervolgens de basis leveren voor het kunnen gaan denken over waarom mensen dingen doen, wat er in hen omgaat, en voor een hechter zelfgevoel en meer greep op het eigen leven.

Daarmee heeft deze invalshoek van de gehechtheid weer een nieuwe kamer aan het psychoanalytische huis toegevoegd. Een kamer, die voor een moeilijk bereikbare groep cliënten een nieuw onderkomen biedt. In de praktijk zal deze zienswijze zich verder moeten bewijzen en ontwikkelen, in analyses, psychoanalytische therapieën en begeleidingen.

Noten

1. Het onderscheid tussen gehechtheid en liefde is in de praktijk uiteraard niet zo scherp. Terwijl met gehechtheid gewoonlijk het zoeken van nabijheid ten behoeve van de overleving wordt bedoeld, kan men dit ook zien als de basale menselijke behoefte om nabijheid, veiligheid, zorg, begrip en liefde te zoeken (Shane & Shane 2001).

2. Reflectief functioneren is een operationalisatie van dit begrip, en zal om verwarring te

voorkomen in dit verhaal niet gebruikt worden.

3. Interpersoonlijke Interpretatieve Functie werd aanvankelijk IIM, interpersoonlijk interpretatief mechanisme genoemd (Fonagy 2002), maar dit is door Fonagy e.s. inmiddels omgedoopt, blijkens mededelingen op diverse congressen.

4. Beide instrumenten, GBI en Story Stems, zijn onderdeel van de indicatieprocedure van het NPI.

Literatuur

Cassidy, J. & P.R. Shafer (1999). *Handbook of Attachment, Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guildford Press.

Deben-Mager, M. (2003). *Psychoanalytische*

Ontwikkelingstherapie voor Volwassenen.

In R.A.M. Erdman e.a. (red.), *Psychoanalytische Psychotherapie en Nieuwe Perspectieven* (p. 19-29). Assen: Van Gorcum.

Enkele toepassingen van de gehechtheidstheorie op de psychoanalytische praktijk
Margit Deben-Mager en Annelies Verheugt-Pleiter

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

Fonagy, P. (2003). Some complexities in the relationship of psychoanalytic theory to technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 72 (13-47).

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California. (Nederlandse vertaling: Van IJzendoorn e.a., 1991; Schuengel, 1997. Leiden: Universiteit Leiden.)

Hesse, E. & Main, M. (1999). Second-Generation Effects of Unresolved Trauma in Non-maltreating Parents: Dissociated, Frightened, and Threatening Parental Behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 481-540.

Hodges, J., Hillman, S. & Steele, M. (2002). *Little piggy narrative story stem coding manual*. Anna Freud Centre/Great Ormond Street/Coram Family Research Project on Attachment in Adoption. Unpublished manuscript. Londen: The University of London/The Anna Freud Centre.

Hurry, A. (red.) (1998). *Psychoanalysis and deve-*

lopmental therapy. Londen: Karnac Books.

Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self; The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Shane, M.G. & Shane, M. (2001). The Attachment Motivational System as a Guide to an Effective Therapeutic Process. *Psychoanalytical Inquiry*, 21 (5), 675-687.

Steele, M. (2002). Persoonlijke mededeling. Ubbels, J. (2003). Hechtingstheorie en psychoanalyse. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 9 (2), 84-98.

Verheugt-Pleiter, J.E. (2003). Ik zie, ik zie wat jij niet ziet; over de technische aspecten van psychoanalytische ontwikkelingstherapie. In M.G.J. Schmeets & A.P. Schut (red.) *Anders en toch hetzelfde; psychoanalytische ontwikkelingstherapie met kinderen* (p. 61-80). Assen: Van Gorcum.

Wijts, P.M.H., Kooiman, C.G. & Swaab, L.F. (2003). *Transference focused psychotherapy: Een op de overdracht gerichte psychoanalytische psychotherapie voor borderline patiënten*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29, 140-156.

Clinical examples of the application of attachment theory in psychoanalytical practice

Research on attachment in recent decades has produced a wealth of information about the earliest development of the baby and infant. This information has led to the development of new psychoanalytic theories and techniques. Among these is the central concept of mentalization, the meaning of which is explained in this article. Several concrete examples are given of mentalization and of methods of promoting mentalization in the psychoanalytic treatment of children and adults. The fact that these techniques demand a different attitude from that of classic psychoanalytic tradition is stressed.

Key words: attachment, clinical examples, developmental therapy, mentalization

Manuscript ontvangen: 4 juli 2003

Definitieve versie: 13 januari 2004



Solang

Hoewel het
theorie, hec
schillende p

Inleiding

Sublimat

Dr. S. Leibov
schap bij de
tengewoon l
voor Psycho
Psychoanaly