

Van inzicht naar mentalisatie

De introductie van MBT-principes in een deeltijdsetting

Hilda L. van Holten-Basch (hildalee@tiscali.nl) is als klinisch psycholoog/ psychotherapeut werkzaam voor GGZ-Delfland, afdeling De Stadhouder, in Schiedam.

Mentalisatie bevorderende therapie (MBT), geïntroduceerd door Peter Fonagy en Anthony Bateman, is een van de twee belangrijke psychoanalytische behandelmethodes die de laatste jaren zijn ontwikkeld voor patiënten met een borderlinestoornis. De andere methode is de *Transference focused therapy* van Otto Kernberg (Yeomans e.a. 2002). MBT is geworteld in de gehechtheidstheorie en beoogt het reflectief functioneren van de patiënt te bevorderen. Oorspronkelijk werd MBT ontwikkeld als intensief dagklinische behandeling voor patiënten met ernstige problematiek. In de loop der tijd zijn de toepassingsmogelijkheden uitgebreid: er is een ambulante variant ontwikkeld voor de beter functionerende patiënt (Bateman & Fonagy, 2004) en ook worden MBT-principes geïntegreerd in relatie- en gezinstherapieën (Sadler e.a. 2006; De Waal, 2006).

In onderstaand artikel¹ beschrijf ik hoe ik de MBT-principes geïntegreerd heb in onze deeltijdbehandeling voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Mentaliseren versus niet-gementaliseerd beleven

Mentaliseren is het vermogen om intenties, gevoelens en gedachten van zichzelf en van een ander persoon te erkennen, en interpersoonlijk gedrag te begrijpen in termen van mentale toestanden. Je beseft dat je een binnenwereld hebt, die niet precies samenvalt met de buitenwereld, en dat andere mensen ook een binnenwereld hebben die niet hetzelfde hoeft te zijn als die van jou. Door dit besef ben je in staat om op anderen te reageren niet alleen op basis van

hun gedrag maar ook op basis van het begrijpen van hun bedoelingen.

Het vermogen tot mentaliseren veronderstelt de aanwezigheid van een *theory of mind*, een begrip dat wordt gebruikt in het kader van onderzoek naar autisme bij kinderen (Baron-Cohen et al, 1985).

Autistische kinderen lijken geen besef te hebben van de binnenwereld van zichzelf en van de ander. Dit maakt dat autistische kinderen vooral reageren op het concrete manifeste gedrag van de ander en moeite hebben met het begrijpen van complexe signalen.

¹ Dit artikel is een bewerking van een presentatie gehouden op 4 maart 2008 te Delft voor medewerkers van het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen van GGZ-Delfland.

Ook de borderline patient gedraagt zich vaak alsof hij geen *theory of mind* heeft. Borderliners zijn echter geen autisten. Het vermogen tot mentaliseren is bij hen niet goed tot ontwikkeling gekomen maar dat kan in principe onder de juiste omstandigheden alsnog gebeuren. Bovendien zijn sommige borderliners, wanneer ze niet onder stress staan, wel in staat tot mentaliseren. Mentalisatie is namelijk contextafhankelijk. Het is vooral bij hoge arousal in het kader van een hechtingsrelatie, dat de borderline patiënt problemen met mentaliseren ondervindt (Fonagy & Target, 1997). Bateman en Fonagy relateren deze beperking aan vroege stoornissen in de gehechtheidrelatie. Het kind heeft geleerd onverdraaglijke psychische pijn te vermijden door zich af te keren van de mentale wereld. Het kan hiermee voorkomen dat het de kwaadaardige bedoelingen van een hechtingsfiguur onder ogen hoeft te zien. De defensieve inhibitie van het mentaliseringsvermogen maakt dat de borderline patiënt handelt op basis van inaccurate, schematische indrukken van gedachten en gevoelens. Dit mechanisme is oorspronkelijk adaptief, maar het kan verregaande consequenties hebben voor de emotieregulatie, en voor de interne voorstellingen van zichzelf en van de anderen.

Wanneer de capaciteit tot mentaliseren verstoord wordt, valt de patiënt terug op een primitief niveau van ervaren. Bateman en Fonagy (2004) onderscheiden een aantal kenmerken:

De psychische equivalentie modus. In deze modus wordt geen onderscheid gemaakt

tussen binnenwereld en buitenwereld. Als ik bang ben, dan moet er ook iets heel dreigends zijn in de realiteit. Het besef dat de eigen gevoelens of fantasieën de waarneming van de buitenwereld vervormen bestaat nog niet.

De alsof modus. Terwijl bij de *equivalentie modus* alles wat binnenin gebeurt te echt is, hebben belevingen hier een alsof kwaliteit. In het eerste geval voelt de patiënt te veel, in het tweede te weinig. De patiënt praat bijvoorbeeld over gevoelens die voor de toehoorder leeg aanvoelen. De gevoelens zijn niet verankerd in iets wat van binnen beleefd wordt.

De teleologische interpretatie. In deze modus interpreteert de patiënt het gedrag van de ander uitsluitend in termen van rechtstreeks zichtbare, fysieke gevolgen. Een patiënt kan bijvoorbeeld alleen betrokkenheid van zijn therapeut ervaren als dit zichtbaar is in acties van de therapeut: extra gesprekken of langere gesprekken.

Bij mentalisatie zijn de *equivalentie* en de *pretend modi* geïntegreerd. Binnen- en buitenwereld worden niet als equivalent beleefd, maar ook niet van elkaar gedissocieerd; er is ruimte om met de werkelijkheid te spelen. Verder is van belang dat ongementaliseerde affecten een andere kwaliteit hebben dan rijpere, gementaliseerde. Het zijn affecten die nog geen naam of betekenis hebben gekregen. En als vormloze ruwe sensaties voelen ze vaak aan als achtervolgende interne objecten. En dan rest maar één mogelijkheid: door middel van actie deze affecten zo snel mogelijk

eliminieren, bijvoorbeeld door gebruik van drugs, automutilatie, of door in een ander induceren (projectieve identificatie).

Hoe ontstaat het vermogen tot mentaliseren?

In onze binnenwereld ligt de basis voor identiteit en zelfgevoel. Maar het herkennen en benoemen van emoties is niet iets dat automatisch in de ontwikkeling van het kind plaatsvindt. Om te weten wat in ons omgaat, hebben we een hechtingspersoon nodig die onze ervaringen organiseert en benoemt.

De spiegelende reactie van de hechtingspersoon heeft bovendien een modulerend effect op de emoties van het kind. Die spiegelende reactie heeft – bij een goede ontwikkeling – twee kenmerken (Bateman & Fonagy, 2004).

- De emotie moet accuraat worden gepresenteerd. Als de moeder de emotie van de baby niet accuraat, of helemaal niet, spiegelt, blijven emoties onbenoemd, ongedifferentieerd en verwarrend en daardoor moeilijk te reguleren.
- De spiegeling moet gemarkeerd zijn: licht overdreven met een tikkeltje ironie. Moeder reflecteert de emoties van het kind en niet haar eigen emoties. Door een element van speelsheid in de reactie van moeder leert het kind dat gevoelens te verdragen zijn. De reactie van de moeder wordt geïnternaliseerd als de eigen emotieregulerende functie. Reageert de moeder met paniek op de angst van haar baby, dan ziet het kind niet het eigen gevoel teruggespiegeld, maar een weergave van het

gevoel van de moeder. In plaats van dat het angstgevoel gemoduleerd wordt ontstaat er een escalatie. Het angstige gezicht van de moeder werkt alarmerend. Daardoor wordt de angst van het kind alsmaar groter. Dit kan bij het kind leiden tot belevingen in de *equivalentie modus*. Anderzijds als de spiegeling geen link heeft met de ervaring van het kind, kan dat leiden tot een *alsof-modus* van ervaren (Fonagy & Target, 2006, p.551).

Implicaties voor de therapie

Implicaties van het bovenstaande voor de therapie zijn:

1. De therapie moet een context bieden waarin er mogelijkheid is tot het ontwikkelen van een veilige hechting. Op onze deeltijdbehandeling spelen de sociotherapeuten hierbij een belangrijke rol. Alle patiënten hebben een sociotherapeut als mentor. Sociotherapeuten volgen de patiënt in de eigen sociotherapeutische groepen maar zijn ook betrokken bij andere therapieën als co-therapeut. De sociotherapeuten hebben dus een centrale rol in het bevorderen van veilige hechting van de patiënt binnen de behandeling. Bij de context hoort ook een theoretisch coherente benadering zodat de patiënt voldoende voorspelbaarheid en consistentie ervaart.
2. Een tweede element is het belang van spiegeling: de houding van de therapeut bevat een combinatie van speelsheid en betrokkenheid.
3. In de therapie is de therapeut veel minder gericht op de inhoud dan op de vorm van

communicatie. Wat een patiënt vertelt is van ondergeschikt belang aan hoe hij dat vertelt.

4. De focus in de behandeling is niet zozeer gericht op het gedrag van de patiënt en de gewenste veranderingen daarin, maar veel eerder op de onderliggende mentale toestand die mogelijk het gedrag verklaart. De therapeut helpt de patiënt zijn gevoelens te leren benoemen, te herkennen en in verband te brengen met antecedenten, zowel in zijn dagelijks leven als in de behandeling. Door verbindingen te leggen tussen de ervaren emoties en gebeurtenissen in het dagelijkse leven of in de therapie, helpt men de patiënt de emotionele controle te verbeteren. De nadruk op huidige mentale toestanden houdt in dat de therapeut veel aandacht besteedt aan de exploratie van motivationele toestanden. Wat zijn de wensen, overtuigingen, angsten van de patiënt enzovoorts. Door aandacht te hebben voor zijn beweegredenen, behandelt men de patiënt als een agens. Door die houding te internaliseren gaat hij een 'ik-gevoel' ontwikkelen; met andere woorden, hij gaat zichzelf als een intentioneel wezen beleven die zeggenschap heeft over zijn leven, in plaats van speelbal te zijn in een chaotische werkelijkheid. Dit is van grote waarde voor de emotieregulatie.

5. In MBT is het belangrijk dat de patiënt niet alleen meer empathie krijgt voor zijn binnenwereld, maar zich ook leert verplaatsen in andere mensen. Er is dus aandacht voor het exploreren van de geestestoestand van anderen, om meer oog te krijgen voor de complexiteit voor de binnenwereld van de ander. Op die manier

hoopt men het vermogen te vergroten om stabiele en veilige relaties aan te gaan.

6. De nadruk in de therapie ligt tenslotte op huidige mentale toestanden in plaats van op het verleden. Dat is vreemd voor een psychodynamische therapie, maar waar. (Overigens is dit ook het geval bij de *Transference focused therapy*.) Bij een mentaliserende houding is de therapeut voorzichtig met het maken van overdrachtsduidingen waarbij een link wordt gelegd tussen heden en verleden. Veel patiënten met een borderline stoornis hebben de neiging zichzelf als onwerkelijk te ervaren. Wanneer je te snel overstapt van het heden naar het verleden bestendig je die tendens. Het zijn de gevoelens en gedachtes van het hier en nu die betekenis moeten krijgen zodat ze als echt kunnen worden beleefd. De belangrijkste vraag is: wat in het heden maakt dat vroege gebeurtenissen nu nog zo'n doordringende invloed hebben? Bij het werken met hier-en-nu gevoelens spelen mijns inziens onze non-verbale therapieën een belangrijke rol. Vanuit deze therapieën brengen patiënten goed materiaal mee naar de groepstherapie en de individuele psychotherapie. (Voor een beschrijving van de synergetische werking die uitgaat van de combinatie verbaal/non-verbaal, zie Van Holten-Basch, 2006.)

Verschil met cognitieve therapie

De lezer zal in het bovenstaande overeenkomsten herkennen met een cognitieve therapie (CT). Toch zijn er belangrijke verschillen.

Hoofddoel van CT is het modificeren van disfunctionele/irrationele gedachtes. Het gaat dus om verandering van de *inhoud* van het denken. MBT richt zich hoofdzakelijk op de *vorm* van denken: het feit dat de patiënt zijn hele denkvermogen uitschakelt of dat hij verbindingen verbreekt tussen inhouden, wat Bion (1962) *attacks on linking* noemde. Een van onze moeilijkste borderline patiënten, hulpverleenster van beroep, heeft vroeger zelf Rationele Emotieve Therapie gegeven! Voor patiënten zoals deze is het belangrijkste doel dat ze het reflectief vermogen behouden in situaties van hoge arousal in een gehechtheid-context. Bateman en Fonagy spreken hier van *mentalized affectivity*.

In CT heeft de therapeutische alliantie veel weg van een leerling-leermeester verhouding. De therapeut leert de patiënt disfunctionele gedachtes op te sporen en deze te vervangen door adaptieve. Bij patiënten met *inhoudelijke* denkstoornissen zou dit goed kunnen werken. Bij de borderline patiënt zou dit alsof-modus functioneren kunnen bevorderen: hij leert de taal van de therapeut spreken maar het heeft weinig impact op de affectregulatie in situaties van hoge arousal.

Terwijl bij CT het bewust leerproces van belang is, staat in MBT het voorbewust/onbewust procedurele weten centraal. Om zich überhaupt veilig genoeg te voelen om over de eigen binnenwereld en die van anderen te reflecteren, is een veilige hechting nodig. Het accent ligt hier op de spiegelende reactie van de gehechtheidsfiguur (therapeut/medepatiënten) die zich om de

mentale toestand van de patiënt bekomert, zijn gevoelens verdraagt en betekenis geeft; en op het verinnerlijken van dit proces. Myriam van Gael stelt: ‘Het is niet zozeer nodig dat de patiënt “leert” te mentaliseren, als wel dat de hulpverleners zelf “leren” een mentaliserende houding aan te nemen, tegen alle druk in die uitgaat van het gedrag van de patiënt.’ (2007, p. 20)

In MBT bestaan er geen foute of irrationele gedachtes die uitgedaagd moeten worden. Als een patiënt zegt dat hij zichzelf een slecht mens vindt, valideert men dit als zijn beleving en probeert men dit ook niet te weerleggen. Een interventie zou kunnen zijn: ‘Wat maakt dat je je op dit moment zo voelt?’ Of: ‘Heb ik iets gedaan of gezegd dat maakt dat je jezelf op dit moment als een slecht mens ervaart?’ Wat beoogd wordt, is het op gang brengen van een reflectief proces en niet een wijziging van de inhoud van wat een patiënt vertelt.

Tot slot: Bateman en Fonagy (2006, p. 160) wijzen op een wezenlijk verschil in visie m.b.t. het functioneren van de geest, en de rol van onbewuste psychodynamische processen daarbij. Al wordt er bij MBT-interventies, zeker bij aanvang van de therapie, omzichtig omgegaan met onbewuste factoren, ze spelen wel een belangrijke rol in hoe de therapeut over de patiënt denkt.

Vignet

Ik beschrijf gedeeltes uit een groepspsychotherapie sessie van de eendaagse deeltijdgroep. Voor de start van de groepspsychotherapie hebben de patiënten

deelgenomen aan creatieve therapie. Lilian neemt meteen het woord. Ze vertelt dat ze laaiend is op haar partner Frank. Nadat ze een pornoblad in zijn bureaula ontdekte, pakte ze haar kinderen (haar dochtertje van 5 en haar zoontje van 1 jaar oud) op, en ging naar haar ouders, waar ze nu nog verblijven. ‘En al die tijd heeft hij niet eens gebeld, ik ben het zat, ik kan maar beter scheiden.’ Empathische reacties van groepsleden leiden bij haar niet tot een onderzoekende houding, maar tot meer ventileren. Ik vraag haar te beschrijven wat er precies gebeurd is en op welk punt ze besloot de kinderen op te pakken en weg te gaan. Uit haar verhaal blijkt dat ze niet meteen vertrok bij het ontdekken van het pornoblad. Toen de kinderen al in bed waren vroeg ze Frank om opheldering maar ze kreeg geen duidelijk antwoord. Het feit dat ze geen antwoord kreeg, was de eigenlijke trigger voor het impulsieve vertrek. Hoewel Lilian het liefst de aandacht wil richten op fysieke verschijnselen (wat Frank allemaal gedaan had – de *teleologische modus*) is het belangrijk in MBT om de focus te verschuiven naar mentale toestanden. Wat deed dit met haar? Wat voelde ze toen? Zo komen wij op de machteloze woede en eenzaamheid.

Naast aandacht voor de mentale toestand van de patiënt, is er in MBT ook aandacht voor het zich kunnen inleven in de mentale toestand van de ander. En zo besteden we ook aandacht aan mogelijke intenties van Frank.

Lilian verwoordt dat het feit dat hij porno bekijkt illustreert dat de relatie niets voor

hem betekent. Maar ook groepsleden delen hun visie. Een groepslid vraagt zich af of er geen verband is met het feit dat Lilian al langere tijd elke seksuele toenadering van haar partner afhoudt. ‘Hij moet toch ergens zijn behoefte kunnen bevredigen.’

Uiteindelijk zegt Lilian dat het pornoblad niet het ergste was. ‘Wat het ergste was, was dat erom heen draaien.’ Bij de vraag aan haar of zij enig idee heeft waarom hij geen duidelijk antwoord geeft, zegt Lilian: ‘Zo is hij nu eenmaal, een blok beton.’ Maar een groepslid geeft een ander perspectief: misschien voelde Frank zich betrappt en schaamde hij zich. Een ander groepslid gaat mee met de gevoelens van Lilian. ‘Je moet je vreselijk voelen bij zo’n pantomime man die niets zegt, misschien is scheiden de beste optie.’

Ik zeg: ‘Dit zou een redelijke optie zijn als Lilian zich altijd zou voelen zoals ze zich nu voelt. Maar kort geleden, Lilian, vertelde je hoe goed het was tussen jou en Frank. Dat hij veel beter naar je luisterde en dat je je echt begrepen voelde. En dat hij zo’n goede vader is voor je kinderen. Je vond aanmelding voor relatietherapie niet meer nodig. Weet je dat nog Lilian?’

‘Ja, dat heb ik gezegd,’ zegt Lilian. ‘Maar dat was niet echt. Ik speel toneel. Omdat ik zo graag wil geloven dat het goed komt. Maar zoals ik me nu voel, dit zijn mijn echte gevoelens, er is niets tussen ons.’

‘Maar Lilian,’ zeg ik, ‘weet je nog die keer dat ik je individueel sprak, in die tijd dat het zo goed ging tussen jullie? Ik weet nog hoe moeilijk ik het vond om jouw aandacht te richten op de gevoelens van wanhoop in

relatie tot Frank die je voelde bij aanmelding, toen je ook wegliep van huis na een ruzie. Toen bagatelliseerde je de turbulente fase als iets wat echt verleden tijd was. Het was heel moeilijk voor jou om daarnaar te kijken. Omdat je je toen zo goed voelde in relatie tot Frank was het alsof alleen de positieve gevoelens echt waren (*psychische equivalentie*).

Lilian geeft toe dat dit zo ging, maar doet dat overhaast, zonder reflectie. Als ze de beschuldigingen van Frank hervat, wijst een groepslid haar erop dat ze heel moeilijk kan toelaten wat anderen zeggen. ‘Je gaat nauwelijks in op wat wij zeggen.’ Lilian wordt stiller. En geeft op een bepaald moment toe: ‘Het lijkt alsof ik boos moet blijven.’

Annemarie, sociotherapeute, verwijst naar eenzelfde patroon tijdens creatieve therapie: bij een opdracht in tweetallen kan ze slecht luisteren en onderhandelen. Als Lilian dit herkent, vraagt een groepslid zich af of Lilian niet een rol heeft bij het ‘dichtklappen’ van Frank. Tim herkent zich in Frank. Hij zegt dat hij hier geleerd heeft zijn gevoelens te verwoorden, vroeger kon hij dat niet. Ook zijn partner nam het hem kwalijk dat hij zich nooit uitte, maar hoe meer ze hierop aandrong, des de minder ging hij zeggen.

Lilian wordt minder defensief. De boosheid zet zich om in verdriet. Het lijkt de goede kant op te gaan, totdat het omgekeerde gebeurt. Wat ze eerst met Frank deed, hem beschrijven in rigide onveranderlijke termen – ‘hij doet niets goeds’ en ‘het komt niet meer goed met de relatie’ – doet ze nu met zichzelf. Vooral als ook ter sprake komt dat wat ze doet – de kinderen oppakken en

naar een ander omgeving brengen – voor de kinderen beangstigend kan zijn. ‘Ik doe alles verkeerd, ik ben iedereen tot last’ zijn typische uitspraken.

Even een kort theoretisch uitstapje naar het concept van *de alien self* voordat ik iets vertel over mijn slotinterventies.

Bateman en Fonagy (2004) gaan ervan uit dat wanneer een kind niet in staat is om zijn eigen ervaring terug te vinden in spiegelende reacties van de ouder, het kind het imago van de ouder internaliseert als deel van de zelfrepresentatie. Bateman en Fonagy noemen dit de *alien self* omdat het niet aansluit bij de innerlijke zelfervaring. Je kunt dit verschijnsel vergelijken met de *alters* of *introjecten* bij mensen met een dissociatieve identiteitsstoornis. Ook borderline patiënten beschrijven vaak een wrede, achtervolgende instantie van binnenin, soms in de vorm van een stem die zegt: ‘Jij bent slecht, jij kan beter dood zijn.’ Dit zorgt voor incoherentie in de zelfstructuur. Om de incoherentie te reduceren gaan patiënten over tot het dwingende, controlerende gedrag om belangrijke anderen in een bepaalde rol te duwen of hen bepaalde gevoelens te laten voelen: het verschijnsel van projectieve identificatie. Bateman en Fonagy zien neigingen tot externaliseren als wanhopige pogingen om de ervaring van fragmentatie binnen de zelfstructuur te reduceren en zo een gevoel van eenheid te herstellen. Wanneer externaliseren niet lukt, wordt zelfdestructie vaak als alternatief gebruikt om het achtervolgende stuk te elimineren.

Om terug te komen op Lilian: door te externaliseren is de *alien self* niet meer deel van haar binnenwereld. Frank moet werktuig zijn voor wat voor haar ondraaglijk is. (Haar bewering ‘Het lijkt alsof ik boos moet blijven’ kan in dit kader worden gezien.) Maar op het moment dat het externaliseren ophoudt, doet de *alien self* weer zijn intrede in haar binnenwereld en wordt niet Frank maar zij diegene die alles verkeerd doet. Het was in zo’n toestand dat Lilian in het verleden een zeer ernstige suïcidepoging heeft gedaan. Hoe heb ik gereageerd op Lilian’s bewering dat ze alles verkeerd doet en er beter niet kan zijn? Die zitting was er niet veel tijd meer, maar ik voelde behoefte om nog aandacht aan het zelfbeschuldigende te besteden, om haar niet in zo’n toestand naar huis te laten gaan. Ik zei tegen haar dat ik wist dat ze zichzelf nu heel negatief beleefde, alsof ze alles altijd heel fout doet en dat dit voor haar op dit moment de absolute waarheid is. Maar dat ik haar tevens wilde herinneren aan al de keren waar ze ons liet zien dat ze ook een goede moeder kan zijn die veel van haar kinderen houdt en dat ik hoopte dat als ze straks naar huis gaat ze dit niet vergeet. Wat we in deze zitting hebben bereikt, is in ieder geval dat Lilian met haar kinderen terugkeerde naar haar man en dat ze zelf met de vraag kwam of ik haar voor relatietherapie naar een collega wou verwijzen. Het onderwerp relatietherapie is ook voor deze zitting diverse malen ter sprake gekomen, maar op het moment dat het goed ging tussen haar en Frank hoefde het van haar niet meer. Ditmaal heeft ze het doorgezet.

Wat doe ik nu anders?

Het gaat hier in wezen om een psychodynamische groep. Toch zijn er een aantal accentverschuivingen tussen hoe ik vroeger een psychodynamische groepspsychotherapie heb geleid en hoe ik dat nu doe.

Vroeger zou ik gedacht hebben dat ik tekort geschoten was als ik geen verband had gelegd tussen heden en verleden. In bovenstaand vignet is het verleden helemaal niet aan de orde geweest. Er waren wel mogelijkheden zulke verbindingen te leggen, maar waarschijnlijk waren de zo levendige affecten van Lilian in relatie tot Frank in het hier-en-nu van de groep dan niet aan bod geweest.

In de begeleiding van deze groep ben ik een stuk actiever en directiever dan voorheen en laat ik niet al te veel ruimte voor vrije associatie. Bij start van de sessie laat ik die ruimte wel, om een beeld te krijgen van wat er leeft bij de groepsleden, maar daarna zorg ik er voor dat de zittingen vrij snel een duidelijke focus krijgen.

Vroeger was mijn groepstherapeutisch superego gaan knagen als ik te lang stilstond bij een individu: het is toch groepspsychotherapie en niet individuele therapie in groepsverband. We zijn als groepspsychotherapeut opgeleid met de slogan *think group*. Nu gebeurt het soms dat we wel wat langer bij een individu stilstaan – zoals in de zitting met Lilian het geval was – en mits andere groepsleden op een betrokken manier meedoen, heb ik hier geen moeite mee.

Tot slot: het doel van de therapie is niet zozeer het verkrijgen van inzicht, als wel

het ontwikkelen van een interne wereld waar het mogelijk wordt het eigen gedrag en dat van de medemens als begrijpelijk en betekenisvol te ervaren.

Literatuur

Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. en Frith, U. (1985). Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21, 37-46.

Bion, W.R. (1962). *Second Thoughts*. New York: Jason Aronson.

Bateman, A.W. en Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A.W. en Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.

Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24, 212-239.

Fonagy, P. en Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

Fonagy, P. en Target, M. (2006). The mentalization-focussed approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20, 544-576.

Gael, M. van (2007). Extreem luid & ongelooflijk ver weg: Mentaliseren in psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 6-22.

Holten-Basch, H.L. van (2006). Van groepspsychotherapie naar eendaagse dagbehandeling: Ervaringen met een pilot groep. *Groepen*, 1, 25-39.

Sadler, L.S., Slade, A. en Mayes, L.C. (2006). Minding the baby: A mentalization-based parenting program. In *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, eds. J.G. Allen & P. Fonagy (pp 271-288). Chichester: Wiley.

Waal, J. de (2006). Partnerrelatietherapie, regulatie van emotie en gehechtheidstheorieën. *Systeemtherapie*, 18, 200-218.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F. en Kernberg, O.F. (2002). *A Primer of Transference Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. New Jersey: Jason Aronson.