



# Stilstaan bij Lichaam en Geest: de L-MBT-deeltijdgroep

## Lichaamsgerichte Mentalisatie

Bevorderende Therapie (L-MBT) is een transdiagnostisch behandelmodel dat breed inzetbaar is wanneer patiënten met ESS gebrekkig blijken te mentaliseren. De L-MBT-groep van Altrecht Psychosomatiek Eikenboom richt zich voornamelijk op het vergroten van het bewustzijn van lichamelijke sensaties en de integratie ervan met psychische functies zoals denken, voelen of herinneren. Deze op Eikenboom ontwikkelde therapie beslaat 24 wekelijkse sessies.

Door Suzanne Pielage

**A**ltrecht Psychosomatiek Eikenboom is een gecertificeerde topklinische afdeling voor diagnostiek, advies, consultatie en behandeling van volwassenen met (zeer) ernstige somatische symptoomstoornissen (voorheen somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) of somatoforme stoornissen).

In de DSM-5 wordt de somatische symptoomstoornis omschreven als 'de prominente aanwezigheid van één of meer lichamelijke klachten waar betrokkene onder lijdt of die het dagelijkse leven in significante mate verstoren'. De term 'ernstige somatisch-symptoomstoornis en functioneel-neurologisch-symptoomstoornis' (ESS) wordt vaak gebruikt om de patiëntengroep aan te duiden met langdurige en meervoudige symptomen, ernstige beperkingen in het functioneren en comorbiditeit op het vlak van psychopathologie, persoonlijkheidsstoornissen en/of somatische aandoeningen. Eerdere behandelingen in de basis en/of specialistische ggz en/of somatische zorg hebben meestal onvoldoende effect gesorteerd met als gevolg iatrogene schade en moeizaam verlopende communicatie in hulpverleningsrelaties (Boom en Houtveen, 2014; Behandeling Eikenboom, 2018).

## Achtergrond en rationale

Klinische observaties en wetenschappelijk onderzoek laten herhaaldelijk zien dat er bij patiënten met ESS veelal sprake is van onveilige gehechtheid en een verminderd vermogen tot mentaliseren (Spaans, 2020). Patiënten met ESS nemen emoties selectief waar, hebben moeite met het herkennen en benoemen van emoties en hebben moeite om emoties te onderscheiden van fysieke sensaties (Kooiman, 2017; Waller & Scheidt, 2006). Op basis van jarenlange ervaringen met het werken met patiënten met ESS ontwikkelden Spaans en collega's (2020, 2017, 2010) Lichaamsgerichte Mentalisatie Bevorderende Therapie (L-MBT). L-MBT is een transdiagnostisch behandelmodel dat breed inzetbaar is wanneer patiënten met ESS gebrekkig blijken te mentaliseren. Verondersteld wordt dat een tekort in het vermogen tot lichaamsmentaliseren een belangrijke instandhoudende factor is voor de klachten. De L-MBT groep richt zich dan

*Uitgangspunt is dat  
lichaamsgericht mentaliseren  
in de veilige nabijheid  
van een therapeut  
stressreducerend werkt*

ook voornamelijk op het bevorderen van het vermogen tot lichaamsmentaliseren. L-MBT is gestoeld op de gehechtheids-theorie (Bowlby 1988, 1973) en vindt zijn oorsprong in *mentalization-based treatment* (MBT) voor patiënten met een borderline

persoonlijkheidsstoornis (Bateman & Fonagy, 2006). L-MBT heeft echter nadrukkelijk een andere focus. L-MBT richt zich voornamelijk op het vergroten van het bewustzijn van lichamelijke sensaties en de integratie ervan met psychische functies zoals denken, voelen of herinneren. Het doel van L-MBT is dat patiënten met ESS leren mentaliseren over hun lichaamssignalen en de bijbehorende innerlijke ervaringen. De interventies bij L-MBT zijn veelal lichaamsgericht, waardoor patiënten leren lichaamssignalen van zichzelf en anderen te (h)erkennen en verdragen en verbinding te ervaren met innerlijke ervaringen zoals emoties, gedachten, neigingen, herinneringen, intenties, verlangens. Het uitgangspunt van L-MBT is dat lichaamsgericht mentaliseren in de veilige nabijheid van een therapeut stressreducerend werkt. De focus van de therapie is telkens het bevorderen van lichaamsmentaliseren in een veilige context.

Bij L-MBT kunnen een aantal basis-interventies worden onderscheiden die samengevat worden met het acroniem MENS:

M = Modus herkennen;

E = Exploreren lichaamssignalen en innerlijke belevingen van de patiënt;

N = Nagaan eigen lichaamssignalen en innerlijke ervaringen en hier transparant over zijn;

S = Stimuleren van uitwisseling.

Deze basisinterventies van MENS vormen een geheel. Ze worden telkens in samenhang met elkaar toegepast. Lichaamsgericht mentaliseren is dus altijd een kwestie van 'modus herkennen' én 'exploreren bij de patiënt' én 'nagaan van eigen lichaams- én innerlijke signalen' én 'stimuleren van uitwisseling'.

### **Modus herkennen**

Als eerste pijler schat de therapeut in of de patiënt zich nog in een mentaliserende modus bevindt. Is dit niet het geval, dan gaat de therapeut na in welke niet-mentaliserende modus de patiënt zich bevindt. In navolging van de theorie over mentaliseren worden er binnen de L-MBT drie niet-mentaliserende modi onderscheiden van de mentaliserende modus. Hieronder volgt een uitleg van de vier modi van lichaamsmentaliseren.

1. *Mentaliserende modus*: men (h)erkent lichaamssignalen en innerlijke ervaringen (emoties, gedachten, herinneringen, intenties, et cetera) en kan deze op een genuanceerde manier tot uitdrukking brengen. In de mentaliserende modus worden lichaamssignalen begrepen in samenhang met innerlijke ervaringen. De patiënt toont bijvoorbeeld een gespannen houding, de vuisten zijn gebald en zegt: 'Ik ervaar boosheid als mijn vuisten zich ballen en ik vind het onaangenaam wat er gebeurt.'
2. *Equivalentiemodus* (modus van niet mentaliseren). In de equivalentiemodus worden innerlijke ervaringen gelijkgeschakeld aan de werkelijkheid en aan lichamelijke ervaringen. Een voorbeeld hiervan is dat het zich ziek voelen gelijk staat aan ziek zijn of dat angst voor een lichamelijke ervaring gelijk wordt gesteld aan de gedachte 'mijn lichaam is in gevaar'.
3. *Als-of-modus* (modus van niet mentaliseren). Innerlijke ervaringen worden gescheiden van lichaamssignalen en van de werkelijkheid. Lichaamssignalen en innerlijke ervaringen worden niet serieus genomen of zijn niet congruent met hetgeen waar te nemen is. Een voorbeeld is het gebruiken van 'clichématige' of 'ingeblikte'

woorden die lijken te verwijzen naar een mentale toestand maar dat niet doen, zoals 'iedereen heeft wel eens wat' of 'ik voel me niet optimaal', of zeggen dat je niets voelt als duidelijk is dat je heel boos bent of heel veel pijn hebt.

4. *Teleologisch modus* (modus van niet mentaliseren). In deze modus heeft men geen oog voor innerlijke en fysieke belevingen. Er wordt een externe, praktische oplossing gezocht voor innerlijke belevingen en men kan hierin dwingend overkomen.

### **Exploreren**

Exploreren omvat alle interventies die helpen om eigen en andermans lichaamssignalen, lichaamshouding en innerlijke ervaringen te onderzoeken, herkennen en onder woorden te brengen. De bedoeling is dat patiënten nieuwsgierig worden naar hun lichaamssignalen en innerlijke ervaringen, hier aandacht voor leren hebben en meer verbinding gaan ervaren tussen lichaamssignalen en innerlijke ervaringen. Voorbeelden van explorerende interventies zijn: het richten van de aandacht, spiegelen, werkelijkheidswaarde geven, 'stop en sta stil' en 'stop en kijk terug'. Hieronder wordt een aantal kenmerkende aspecten van 'exploreren bij patiënt' nader toegelicht.

#### *Aandacht richten*

Bij aandacht richten helpt de therapeut de patiënt om de aandacht te richten op lichaamssignalen of innerlijke ervaringen. De therapeut kan de aandacht richten op een lichamelijke belevenis en vragen naar de innerlijke ervaringen die daarbij worden beleefd. Maar de therapeut kan de aandacht ook richten op een emotie, een herinnering, een gedachte, en dan vragen naar de

lichamelijke ervaring die daar op dat moment bij hoort.

Voorbeelden van aandacht richten:

- 'Als je nu met je aandacht naar je schouders gaat, wat voel je daar dan?'
- 'Als je nu je aandacht richt op de pijn in je rug, welk beeld komt er dan naar boven, welke neiging merk je op?'
- 'Welke emotie gaat er door je heen als je denkt aan de laatste conversieaanval?'

*'Stop en sta stil' of 'Stop en ga terug'*

De therapeut stopt het gesprek of de oefening als de patiënt in een van de niet-mentaliserende modi schiet. Door het gesprek even te pauzeren wordt de patiënt in de gelegenheid gesteld om te onderzoeken wat er op dat moment gebeurt: welke lichaamssignalen en innerlijke ervaringen worden op dat moment ervaren? De therapeut kan dit ook op zich zelf toepassen.

Bij 'stop en sta stil' onderzoekt de therapeut wat er op het moment zelf wordt ervaren. Bij 'stop en ga terug' onderzoekt de therapeut wat er eerder of in een eerdere situatie gebeurde toen het lichaamsmentaliseren vastliep. Dit kan men vergelijken met stap voor stap 'de film terugkijken'. Therapeut en patiënt onderzoeken achteraf welke lichaamssignalen, emoties en gedachten de patiënt ervoer voordat het lichaamsmentaliseren vastliep.

Voorbeelden:

- 'Stop. Laten we even stilstaan bij wat er nu gebeurt. Welke lichaamssignalen ervaar je nu?'
- 'Stop. Laten we even kijken wat er zojuist gebeurde. Welke lichaamssignalen ervoer je, en wat gebeurde er toen vanbinnen bij je?'

- 'Stop. Wat merk je nu aan haar (medepatiënt)? Wat merk je aan haar lichaamsuitdrukking? En wat gaat er door haar heen, denk je?'
- 'Gisteren had je een aanval. Laten we eens teruggaan naar het moment even voor de aanval. Wat merkte je aan je lichaam? Welke emotie ervoer je toen? Wat ging er door je hoofd?'

*Open vragen, doorvragen, samenvatten*

De L-MBT-therapeut gebruikt verschillende gesprekstechnieken, zoals open vragen, doorvragen en samenvatten. De vragen hebben als doel om een open, nieuwgierige houding te ontwikkelen ten aanzien van de eigen lichaamssignalen en innerlijke ervaringen.

Voorbeelden:

- 'Wat ervaar je nu in je rug?' (open vraag)
- 'Wat gaat er door je heen?' (open vraag)
- 'Wat voel je daar precies?' (doorvragen)
- 'Wat denk je dan? Welke emoties ervaar je?' (doorvragen)
- 'Dus je voelt pijn op je borst en je bent bang dat er iets mis is met je hart?' (samenvatten)

*Werkelijkheidswaarde geven*

De L-MBT-therapeut valideert de lichaamssignalen en innerlijke ervaringen van de patiënt zoals ze op dat moment voor de patiënt zijn, zonder de boodschap te geven 'het moet anders'. De therapeut communiceert daarbij dat lichamelijke en innerlijke ervaringen van patiënten er écht toe doen. Door de manier van vragen erkent, aanvaardt en bevestigt de therapeut dat de innerlijke beleving van de patiënt een werkelijkheid op zichzelf is, die erkend en gerespecteerd wordt. Om de ervaring van de

patiënt echt te accepteren en te valideren is het nodig dat de therapeut de reactie van de patiënt, en wat dit oproept, zelf verdraagt en er ruimte voor maakt. Pas als de therapeut de eigen reactie op de patiënt verdraagt en onderkent, is het mogelijk om de ervaring van de patiënt echt valideren.

Voorbeelden van werkelijkheidswaarde geven:

- 'Ik merk dat je echt veel pijn hebt.'
- 'Ik zie dat je je been echt niet kunt bewegen.'
- 'Ik denk niet dat je je aanstelt, maar dat je dit waarachtig zo voelt.'
- 'Ik merk dat je echt heel boos bent.'

### *Spiegelen*

De L-MBT-therapeut spiegelt verbaal dan wel non-verbaal de fysieke expressie en de innerlijke beleving van de patiënt. Bijvoorbeeld door een lichaamssignaal of innerlijke ervaring een beetje uit te vergroten. Dit noemen we 'gemarkeerd spiegelen'. Spiegelen is een belangrijke vorm van exploreren als patiënten zelf nog weinig besef hebben van wat zij fysiek of mentaal ervaren.

Voorbeelden van verbale en non-verbale spiegeling:

- 'Als ik naar je houding kijk (therapeut neemt de houding aan die hij bij de patiënt ziet en vergroot deze een beetje uit), krijg ik de indruk dat je vol zit met verdriet.'
- 'Als ik naar je ogen kijk, krijg ik de indruk dat je je heel machteloos voelt.'

### *Ik-boodschap geven*

De therapeut geeft feedback zoveel mogelijk in de vorm van een 'ik-boodschap'. Waarnemingen en ervaringen met de patiënt worden daarmee weergegeven als in-

drukken en niet als de enige mogelijke werkelijkheid. Voorbeelden: 'Ik zie...'; 'Ik merk...'; 'Ik voel...'; 'Ik heb de gedachte dat...'. Dus niet: 'Jij bent verdrietig', maar 'Ik heb de indruk dat je verdrietig bent.'

### *Nagaan bij jezelf als therapeut*

Essentieel voor L-MBT is dat de therapeut een aansprekend en transparant rolmodel is die zelf nieuwsgierig en onderzoekend is naar de eigen en andermans lichaamssignalen en innerlijke ervaringen. Hiertoe is het belangrijk dat een therapeut ook bij zichzelf nagaat welke lichaamssignalen en innerlijke ervaringen worden opgemerkt ('Wat voel ik in mijn lichaam, welke neiging heb ik nu?') en hier met de patiënt over communiceert: 'Nu ik je dit hoor zeggen voel ik een brok in mijn keel, ik ben geraakt door je verhaal.'

### *Stimuleren van onderlinge uitwisseling*

Lichaamsgericht mentaliseren speelt zich af tussen mensen. Het is een wederkerig proces waarbij men toewerkt naar een bereidheid over en weer feedback te geven en ontvangen over lichamelijke sensaties en innerlijke ervaringen. In individuele zittingen stimuleert de therapeut onderlinge uitwisseling met de patiënt, zodat een reeks van wederzijdse feedback ontstaat: 'Wat ervaar jij in je lichaam, nu je hoort dat ik een brok in mijn keel krijg bij je verhaal?' In groepstherapie stimuleert de therapeut de onderlinge uitwisseling tussen patiënten: 'Wat merk je nu in jezelf op als je kijkt naar de lichaamsuitdrukking van (medepatiënt)? Wat gaat er door haar heen, denk je?' Bij het stimuleren van onderlinge uitwisseling behoort ook het bewerken van de (soma-tische) overdracht waarbij ervaringen en

gevoelens uit onveilige gehechtheidsrelaties en trauma's uit het verleden worden overgedragen op de therapeut.

*Therapeut tegen patiënt A: 'Als je naar zijn (patiënt B) lichaamshouding kijkt, wat zie je dan?'*

*A: 'Hij gaat sneller ademen en deinst achteruit in zijn stoel. Hij lijkt zich schrap te zetten.'*

*Therapeut: 'Wat denk je dat hij voelt?'*

*A: 'Hij wapent zich omdat hij misschien bang is voor wat komen gaat.'*

*Therapeut: 'Zeg dat eens tegen hem.'*

*A: 'Ik zie dat je sneller gaat ademen en achteruit deinst in je stoel. Ik krijg de indruk dat je bang bent.'*

*Therapeut tegen B: 'Wat gaat er door je heen als je groepsgeenoot dit tegen je zegt? Wat merk je in je lichaam?'*

*B: 'Ik krijg het benauwd en krijg de neiging weg te lopen. Ik vind het inderdaad eng om me zo kwetsbaar te op te stellen.'*

*Therapeut: 'Hmm, je krijgt het benauwd en denkt "deze aandacht voor mijn kwetsbaarheid is vreselijk", je merkt de neiging op om weg te willen lopen.'*

*B: 'Ja, dit is natuurlijk niets voor mij, om zo in de aandacht te staan.'*

*Therapeut: 'Richt je aandacht eens op hoe zij (A) erbij zit, wat valt je dan op?'*

*B: 'Zij kijkt mij recht aan, zij voelt zich sterk vanbinnen en denkt vast dat ik heel zielig ben.'*

*A: 'Ik denk helemaal niet "wat is hij zielig". Ik merk dat ik het ook spannend vind om me uit te spreken en dat mijn hartslag nu ook heel snel gaat. Ik merk juist dat ik me nu meer verbonden met je voel omdat ik zo herken hoe onwennig en eng het kan zijn om je kwetsbaarheid te tonen.'*

## **Richting van interventies**

De interventies bij L-MBT richten zich op allerlei lichamelijke en innerlijke ervaringen. Het algemeen besef van verbinding tussen lichaam en geest zal dan toenemen. Vaak is het noodzakelijk dat patiënten vooral de 'taal van de onverklaarde lichamelijke klachten' leren verstaan. Daarbij moeten zij vooral leren lichaamssignalen die horen bij de lichamelijke klacht waar te nemen (bijvoorbeeld een specifieke pijn, vermoeidheid, uitvalsverschijnsel), hier open voor te staan en verbinding te ervaren met onderliggende mentale toestanden. De mentalisatie-bevorderende interventies worden dan (geleidelijk) steeds meer op het symptoom gericht. Interventies kunnen zich richten op innerlijke ervaringen die patiënten hebben bij bepaalde lichamelijke sensaties en omgekeerd op wat men fysiek ondervindt bij bepaalde gedachten, gevoelens, herinneringen, et cetera. Sommige patiënten staan meer stil bij lichamelijke ervaringen en anderen meer bij innerlijke ervaringen. De therapeut maakt tegengestelde bewegingen: is patiënt vooral gericht op allerlei lichamelijke sensaties, dan zal hij de innerlijke ervaringen daarbij exploreren. Heeft patiënt daarentegen de neiging veel stil te staan bij gedachten, gevoelens et cetera, dan zal de therapeut juist de aandacht richten op welke lichamelijke sensaties men daarbij ervaart.

## **Stilstaan bij Lichaam en Geest**

Groepstherapie biedt een krachtige context om lichaamsgericht te leren mentaliseren. Patiënten met ESS ontlenen aan andere groepsleden steun, betrokkenheid en

herkenning en kunnen zich in deze vertrouwde groeps sfeer veilig genoeg voelen om persoonlijke emotionele en lichamelijke ervaringen uit te wisselen.

De door Eikenboom ontwikkelde ambulante L-MBT-groepstherapie Stilstaan bij Lichaam en Geest (Pielage & Spaans, 2019) bestaat uit 24 wekelijkse sessies. Er bestaat een duidelijke opbouw in het programma waarbij de focus eerst ligt op het leren (h)erkennen van de eigen lichaamssignalen en innerlijke ervaringen en er vervolgens meer stil wordt gestaan bij het herkennen van de eigen lichaamssignalen en innerlijke ervaringen in een relationele context. De L-MBT deeltijd bestaat uit een gesloten groep van acht patiënten. Patiënten komen op maandag- en woensdagmorgen op locatie en volgen dan twee opeenvolgende therapieblokken van 60 minuten:

1. Een educatiegroep met kennisoverdracht, vaardigheidstraining en huiswerk;
2. Een psychomotorische therapiegroep (PMT) op basis van L-MBT-principes waarbij het leren mentaliseren van de lichaamswaarneming centraal staat;
3. Een mentaliserende psychotherapiegroep waarbij spontane interacties tussen groepsleden het uitgangspunt zijn;
4. Beeldende kunstzinnige therapie op basis van L-MBT (KZT) waarbij symbolisatie van de lichaamswaarneming centraal staat.

Bij de L-MBT deeltijd behandeling is het de bedoeling dat patiënten alle vier de groepen wekelijks naast elkaar volgen. De groepen vullen elkaar aan en spelen op elkaar in door met overeenkomstige thema's te werken. Naast de wekelijkse groepssessies volgen patiënten tweewekelijks individuele L-MBT-gesprekken. Binnen de L-MBT deeltijd wordt er telkens verbinding gelegd

tussen lichaamssignalen en innerlijke ervaringen die men ter plekke binnen de groep ervaart. Deelnemers worden vooral gestimuleerd om in het hier-en-nu aandacht te schenken aan de aanwezige lichaamssignalen en in interactie met anderen daar woorden aan te geven in termen van innerlijke ervaringen zoals gedachtes, gevoelens, neigingen en behoeftes.

## *Voor veel patiënten met ESS vormt groepstherapie een angstige aangelegenheid*

De focus bij de L-MBT-groep is altijd fysiek en affect gericht. Naarmate de therapie vordert, zal de focus steeds meer komen te liggen op het verkennen en verwoorden van innerlijke ervaringen in een relationele context. Hoe reageert men op elkaars lichaamssignalen en innerlijke ervaringen? Bestaan er verschillen in interpretatie van de groepsgenoten onderling? De taak van de therapeuten is om onderlinge verschillen te valideren zodat verschillende perspectieven naast elkaar kunnen gaan bestaan en het algehele vermogen tot lichaamsmentaliseratie wordt bevorderd.

De therapeut van de L-MBT-gespreksgroep heeft een actieve houding en zorgt ervoor dat de groep blijft lichaamsmentaliseren. Om het mentaliseren te bevorderen is er een aantal grondregels: de spanning van patiënten mag noch te hoog, noch te laag zijn, oftewel 'het ijzer smeden als het lauw is'. Bij hoge spanning dient men eerst te

valideren, steunen, gerust te stellen totdat een patiënt weer in staat is te gaan mentaliseren. Bij te lage spanning brengt men emotioneel materiaal in om de patiënt enigszins te prikkelen of stil te zetten. Op deze manier wordt de spanning wat verhoogd en kan men daarna verder gaan met mentaliseren. Naarmate de therapie vordert zal de focus steeds meer komen te liggen op het verkennen en verwoorden van innerlijke ervaringen in een relationele context en wordt er meer onderlinge uitwisseling gestimuleerd.

Voor veel patiënten met ESS vormt groepstherapie een angstige aangelegenheid waarbij het gehechtheidssysteem wordt geactiveerd en men terugvalt op oude interactiepatronen en niet-mentaliserende modi. De kenmerkende 'alexithyme' manier van communiceren bij sommige patiënten met ESS waarbij er weinig woorden zijn voor emoties, kan ervoor zorgen dat er weinig onderlinge uitwisseling tot stand komt. Als dit prominent aan de orde is in de groep is het van belang dat de therapeut dit signaleert en actief interenieert en als rolmodel samen met de groep op onderzoek gaat om woorden te zoeken voor de aanwezige lichaamssignalen en emoties (Skaderud & Fonagy, 2012).

### **Doelgroep en indicatiestelling**

De L-MBT-groepstherapie is ontwikkeld voor patiënten met ESS die zijn verwezen naar Eikenboom voor specialistische behandeling. Meer specifiek voor de L-MBT-groep geldt dat patiënten geïndiceerd kunnen worden als een of meerdere van onderstaande factoren een rol spelen. Patiënt heeft moeite om bij zichzelf ver-

binding te leggen tussen lichaamssignalen en innerlijke ervaringen (gedachten, gevoelens, behoeftes, neigingen).

- Patiënt heeft weinig ervaring in het reflecteren op lichaamssignalen, innerlijke ervaringen en de verbinding daartussen zowel bij zichzelf als bij anderen.
- Patiënt lijkt zich niet bewust van de wederkerige invloed van eigen en anderen's lichaamssignalen en innerlijke ervaringen.
- Patiënt vertoont kenmerken van pre-mentaliserende modi, zoals het overspoeld raken of één worden met de klacht (equivalentiemodus) of juist de invloed van de klacht bagatelliseren of ontkennen (alsof-modus) of telkens een praktische of medische oplossing zoeken voor de klacht (teleologische modus).
- Er lijkt sprake te zijn van onveilige gehechtheid.
- Patiënt geeft aan in interpersoonlijke relaties ook vast te lopen (vanwege de klachten).
- Er is een zekere nieuwsgierigheid ten aanzien van lichaamssignalen, innerlijke ervaringen en het verband daartussen en er wordt tijdens de intake positief gereageerd op L-MBT-interventies.

### **Beoogd resultaat**

Na het volgen van de groep

- is het vermogen tot lichaamsmentaliseren toegenomen; worden lichaamssignalen en innerlijke ervaringen meer (h)erkend.
- worden onderliggende gevoelens meer verwoord waardoor het reflectieve vermogen toe is genomen.
- hebben patiënten meer zicht op de interactie tussen hun eigen lichaamssig-



nalen en innerlijke ervaringen en het effect hiervan op de omgeving.

- neemt de psychosomatische congruentie toe: er is meer overeenstemming tussen geverbaliseerde of getoonde lichaamssignalen en innerlijke ervaringen.
- verdragen patiënten lichaamssignalen en innerlijke ervaringen beter; de acceptatie van de klachten wordt vergroot.
- is er sprake van stressreductie en kunnen patiënten beter omgaan met stress.
- is de kwaliteit van leven verbeterd.
- is het vertrouwen in behandeling/behandelaars zodanig hersteld dat patiënten open staan voor eventuele vervolgbehandeling in eigen regio en hiervan ook kunnen profiteren.

### **Ervaringen tot nog toe**

Na het ontwikkelen van het draaiboek (Pielage en Spaans, 2019) is de eerste pilot in 2019 van start gegaan. De eerste ervaringen van patiënten en behandelaars zijn zeer positief. De meerderheid van deel-

en het huiswerk in de thuissituatie oefenen met een systeem-lid wordt als waardevol gezien. Daarnaast geven patiënten aan dat zij geprofiteerd hebben van de herkenning en uitwisseling met groepsgenoten. Komend jaar zal er wetenschappelijk onderzoek worden verricht naar lichaamsbewustzijn en metaliserend vermogen voorafgaand, tijdens en na de L-MBT-groep. We zijn zeer benieuwd naar de bevindingen uit deze studie.

*Dr. Suzanne Pielage is klinisch psycholoog en werkt bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom.*

*Komend jaar zal er  
wetenschappelijk onderzoek  
worden verricht naar de  
vorderingen*

nemers zou deze behandeling aanbevelen aan mensen met soortgelijke klachten. Vooral de combinatie van zowel verbale als non-verbale therapie wordt als zinvol ervaren. De meer gestructureerde psycho-educatie met ervaringsgerichte oefeningen

## Literatuur

---

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Boom, K.J. van der & Houtveen, J.H. (2014). Psychiatrische comorbiditeit bij ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, p. 743-747.

Bowlby J. (1973). *Attachment and loss; Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Londen: Routledge.

Karterud, S. & Bateman, A.W. (2012). Group therapy techniques. In A. Bateman & P. Fonagy (eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (p. 81-105). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kooiman, K. (2017). Het onteigend lichaam: psychodynamische aspecten van somatisch onbegrepen lichamelijke klachten. In F. Kwee & F. Schalkwijk (red.), *Het onbewuste consult: Handreiking voor de huisarts en andere hulp in de eerste lijn* (p. 39-53). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Pielage, S. & Spaans, J. (2019). *Stilstaan bij Lichaam en Geest. Een ambulante groepstherapie op basis van lichaamsmentaliserende therapie (L-MBT) voor patiënten van Altrecht Psychosomatiek Eikenboom*. Interne publicatie. Zeist: Altrecht.

Skaderud, F. & Fonagy, P. (2012). Eating disorders. In A. Bateman & P. Fonagy (eds.), *Handbook of Mentalizing in mental health practice* (p. 347-383). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spaans, J.A. (2017). Lichaamsgerichte mentaliserende therapie. In J. Spaans, J. Rosmalen, Y.V. Rood, H. Horst en S. van der Visser (red.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (p. 321-36). Houten: LannooCampus.

Spaans, J.A., Boom, K.J. van der & Broeckhuysen-Kloth, S.A.M. van (2018). *Eikenboom-behandelvisie*. Interne publicatie Altrecht Psychosomatiek Eikenboom.

Spaans, J.A., Koelen, J.A. & Buhning, M.E.F (2010). Mentaliseren bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36(1), p. 5-21.

Waller, E. & Scheidt, C.E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1): p. 13-24.

---