

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord Wiebe Helder Birgitta Schalke	pag. 2
Van veilig gehecht naar ontheemd, verlaten en alleen op de wereld Hans J.A. Snijders	pag. 3
De kunst van het verliezen valt te leren Mia Famaey	pag. 10
Extreem luid & ongelooflijk ver weg Myriam van Gael	pag. 22
Landelijke Dag VMPD te Almelo	pag. 36
Mededelingen	pag. 38

V O O R W O O R D

Lang leve de deeltijd!!!!!! 25 jaar VMPD!!!!!!

Hier is alweer het tweede nummer van de Nieuwsbrief in 2007.

Op 5 oktober a.s. hopen we jullie wederom te ontmoeten tijdens het jubileumcongres van de VMPD met de feestelijke titel: Lang leve de deeltijd!!!

Het Theaterhotel te Almelo maakt zich op voor een uitwisseling over culturen, groepen en mentaliteit.

Op onze website www.vmpd.nl is het programma in te zien en kan men zich aanmelden. Neem uw teamleden onder de arm en meldt u aan voor deze onvergetelijke dag!!

Een compilatie van het 25^e verjaardagsfeestje van de VMPD zal in de volgende Nieuwsbrief uitgebreid de aandacht krijgen.

De redactie is trots dat zij in deze Nieuwsbrief de volgende interessante artikelen aan de lezers aan mag bieden.

Op 23 maart j.l. vond het congres “Separatiecrisis, verlies en rouw in de groep” plaats, waar Mia Famaey en Hans Sniijders boeiende lezingen ten gehore gaven.

Mia Famaey, o.a. werkzaam als psychotherapeut bij Centrum de Viersprong te Halsteren, vertelt in haar lezing over verlies wat zich op allerlei gebieden kan manifesteren. Zij benadrukt hoe belangrijk het is om in groepsbehandelingen aandacht te geven aan verlies in al zijn facetten.

Hans Sniijders, klinisch psycholoog, o.a. werkzaam in het Centrum voor Persoonlijkheidsproblematiek van PsyQ te Den Haag, beschrijft onderzoeksresultaten naar hechting en hechtingsstijlen en de betekenis daarvan voor het werken in groepen. Doe de hechtingsquiz en weet waar u zelf staat in de mate van gehechtheid. Er worden handvaten gegeven waaraan therapie moet voldoen. Zo kan groepstherapie hechting bevorderen.

Het laatste artikel “Extreem luid & ongelooflijk ver weg” is van de hand van Myriam van Gael, klinisch psycholoog en psychoanalytisch psychotherapeut, lid van de VVPT, en werkzaam in mozAiek, een afdeling klinische psychotherapie voor mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek van het P.C. St.-Amedeus te Mortel.

Geïnspireerd door het boek van Jonathan Foer beklemtoont zij aan de hand van een drietal therapiefragmenten het belang van mentaliseren bij mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis.

Tijdens het jubileumcongres zal zij een van de hoofdlezingen verzorgen. Wij danken de redactie van het *Tijdschrift voor Psychotherapie* voor plaatsing van dit artikel.

Wij wensen jullie veel leesplezier.

Wiebe Helder
Birgitta Schalke

Van veilig gehecht naar ontheemd, verlaten en alleen op de wereld¹

*Hans J.A. Snijders
klinisch psycholoog/psychotherapeut
Centrum voor Persoonlijkeheidsproblematiek van PsyQ
psycho-medische programma's te Den Haag*

'We zijn het meest kwetsbaar voor pijn en leed wanneer we liefhebben. En we zijn het meest hopeloos en ongelukkig, wanneer we zijn/haar liefde kwijt raken. Een geheel wanhopig als we die geliefde persoon verliezen'
(naar S. Freud, 1930)

1. Inleiding

In dit citaat van Sigmund Freud staat omschreven wat veilige hechting, verlies en rouw betekenen. Hiermee raken we de kern van de hechtingstheorie, die stelt dat men veilig gehecht, maar ook door onveilige hechtingservaringen ontheemd en alleen op de wereld kan komen te staan.

De hechtingstheorie is lang geleden beschreven door John Bowlby, die zijn theorie in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw publiceerde onder de titel 'Attachment and Loss' [hechting en verlies]. Hij ging er vanuit dat bij het ontstaan van psychopathologie, naast genetische aanleg en omgevingsfactoren de kwetsbaarheid voor stoornissen beïnvloed wordt door de kwaliteit van de hechting aan ouders en verzorgers die men heeft ervaren in de eerste levensjaren. Op basis van die ervaringen ontwikkelt het kind een verwachtingspatroon over wat hij van anderen wel of niet kan verwachten en past hij zijn gedragspatronen voor de omgang met anderen hierop aan.

Bowlby's hechtingstheorie is nog steeds actueel en sinds zijn eerste publicaties is de theorie uitvoerig onderzocht en bevestigd. Zo onderzocht Ainsworth tot in de jaren tachtig van de vorige eeuw, in zogenaamde 'vreemde situatie'- experimenten, hoe jonge kinderen reageerden wanneer ze plotseling werden verlaten door hun moeder of verzorger. Zij vonden uiteenlopende gedragingen die als strategieën bij verlating werden toegepast. Onderzoekers als Main e.a. ontdekten met gestandaardiseerde interviews hoe verschillend volwassenen spraken over hun vroegere hechtingservaringen. In de jaren negentig werd de theorie ook bevestigd in onderzoek naar hechtingsgedrag onder adolescenten door Cassidy en Liotti.

Inmiddels is de hechtingstheorie in gemoderniseerde vorm ook toegepast om het gedrag van borderlinepatiënten te begrijpen en om hun klachten te beter te kunnen behandelen (Bateman, & Fonagy 2004). Jeffrey Young gebruikte de hechtingstheorie voor zijn cognitieve schemagerichte therapie, bijvoorbeeld om het schema 'Verlating' of 'Affectief tekort' te kunnen verklaren. Verder is de hechtingstheorie toegepast in de op dit moment toonaangevende 'emotion focused' partnerrelatie therapie van de Amerikaanse systeemtherapeute Susan Johnson

De Nederlandse onderzoeker IJzerdoorn publiceerde uit verontrusting over de schadelijke gevolgen van slechte hechtingservaringen recent een protocol om ouders te leren om beter te reageren op hun kinderen. Er zijn inmiddels in binnen- en buitenland in de kinder-en

¹ Lezing gehouden op 23 maart 2007, Congres Separatiecrisis, verlies en rouw in de groep, Ede

jeugdzorg tal van behandelprogramma's ontwikkeld om hechtingsverbeterend gedrag aan te leren aan ouders met jonge kinderen. En niet alleen vandaag, maar op meerdere dagen in 2007 zijn er congressen gewijd aan hechting en hechtingsstoornissen. Ook de publicaties over hechting nemen toe. Een voorbeeld is het themanummer dat het internationaal gerenommeerde tijdschrift *Journal of Consulting and Clinical Psychology* in december 2006 wijdde aan het onderzoek en aan de implicaties voor psychotherapie ten aanzien van de hechtingstheorie.

Kortom de hechtingstheorie is nog springlevend, maar wat betekent deze theorie voor groepstherapie? Daarover is nog weinig gepubliceerd.

2. Wat is de essentie van de hechtingstheorie?

Een van de eerste onderzoekers was de bioloog Konrad Lorenz die – er bestond toen nog niet een dierenpartij – experimenteerde met broedkuikens die niet hun moeder, maar Lorenz aantroffen. Waar hij ook liep ze volgden sindsdien hem overal waar hij heen ging. Hechting werd sindsdien opgevat als een aangeboren behoefte om te kunnen overleven, die biologisch en door omgeving (voor 50%) bepaald wordt.

Volgens John Bowlby zoeken we *niet alleen* in de vroege jeugd, maar gedurende ons hele leven naar nabijheid van betrouwbare anderen. Als dat van begin af aan lukt, voelen we ons veilig en gewaardeerd en ontwikkelen we een positief zelf- en ander beeld en groeien we op naar autonomie.

De relatie zorggever-kind is volgens de hechtingstheorie bepalend. Volgens Bowlby heeft een kind - met zijn heftige emoties - een veilige basis nodig. Een veilige basis betekent: het kind kan er op vertrouwen dat betekenisvolle anderen beschikbaar en nabij zijn en te hulp schieten bij (emotionele) pijn.

Zonder die veilige hechting, worden - aldus Bowlby - relaties op *jonge* maar ook op *latere leeftijd* bedreigend. Dit leidt tot de ontwikkeling van omgangsstrategieën die ook in latere interpersoonlijke situaties geactiveerd worden om gevreesde nabijheid en pijn van de verwachte separatie af te weren.

Wat zijn nu de 'veiligheidsbronnen' die na decennia van onderzoek zijn vastgesteld en aantoonbaar het risico op sociaal disfunctioneren kunnen verminderen? Van veilige hechting (vanaf de eerste levensmaanden/-jaren) is sprake:

- als de hechtingsfigu(r)en sensitief reageren ('sensitief responsief') op de signalen van het kind, er sympathiserend en empathisch mee omgaan, en
- als ze daarna gezonde expressie van de emoties mogelijk maken van het protest van het kind dat loskomt bij de onvermijdelijke frustraties die onvermijdelijk met het losmakingsproces vanaf de geboorte te maken heeft.

Wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan dan ontstaat er een *internalisering* van veilige hechting, als een veilige basis voor de latere autonomie. Er vormt zich dan 'in het brein' een mentaal schema: een 'innerlijk beeld' van zichzelf, als geliefd en begrepen, te midden van beschermende, betekenisvolle anderen die hem onvoorwaardelijk accepteren en autonomie gunnen.

3. Hechtingstijlen Quiz

Laten we een *multiple choice* onderzoek doen, als een soort NIPO- enquête. Wie herkent onder uw *patiënten* iemand die voldoet aan de volgende beschrijving? U kunt zowel keuze 1 of keuze 2 aankruisen.

- Keuze 1:

'Ik voel me ongemakkelijk als ik persoonlijk contact met anderen heb. Ik vind het dan moeilijk om hen te vertrouwen. Ik vind het eng om afhankelijk van anderen te zijn. Ik raak gespannen wanneer iemand te dicht bij mij komt, en vaak willen vrienden veel intiemere banden met mij dan mij lief is.'

- Keuze 2

'Ik vind dat anderen mij afweren om niet zo dichtbij te komen als ik zou willen. Ik maak me erge zorgen of mijn partner wel echt om me geeft en bij mij zal blijven. Ik kan niet alleen zijn en wil een ander altijd om mij heen hebben maar in plaats daarvan laten mensen mij in de steek.'

Als u deze zelfdefinities bij patiënten in uw groep herkent is het waarschijnlijk dat er sprake is van overlevingsstrategieën die te herleiden zijn tot vroegere hechtingservaringen. En dan rest nog de vraag hoeveel van u, als groepstherapeuten, zich herkennen in de volgende zelfomschrijving:

- Keuze 3

'Ik heb geen moeite om persoonlijk contact met anderen te hebben en heb er geen moeite mee om anderen om hulp te vragen of anderen steun te geven. Ik maak me er geen zorgen over dat ik in de steek gelaten zal worden of dat iemand te dichtbij komt.'

Wanneer u zich in keuze 3 herkent bent u vermoedelijk veiliger gehecht dan veel van uw patiënten. Als dat niet het geval is dan kunt u zich mogelijk goed verplaatsen in de gevoelens van uw onthechte patiënten.

4. Bevindingen bij '(on)veilige hechting'

We vatten enkele algemene bevindingen uit hechtingsonderzoeken beknopt samen.

1. Hechting is een *universeel* fenomeen, dat in alle culturen, bij dieren en mensen voor komt.
2. Veilige hechting is een *normaal* verschijnsel: 70% van de kinderen zijn veilig gehecht.
3. Hechtingservaringen hebben *langdurige* relationele effecten
4. (On)veilige hechting is afhankelijk van sensitieve en zorggevende *respons* van de opvoed(st)er
5. *Mentalisatie*, het vermogen om de intenties en gevoelens van anderen in relatie tot jezelf te beseffen, heeft te maken met hechting: veilige hechting is afhankelijk van *en* leidt tot vermogen tot mentaliseren. Met andere woorden, bij een veilige hechting ontslaat er het vermogen tot interpersoonlijke reflectie en een relationeel inlevingsvermogen. Bij onveilige hechting ontstaat er een onvermogen in mentaliseren.
6. 'Onverwerkte onveilige hechting' (dat wil zeggen onverwerkt verlies en trauma's) vormt een groot *risico* voor psychopathologie.

5. Niet responsief, niet sensitief

Een onveilige hechting kan door een veelvoud van factoren veroorzaakt worden. In de theorie van Bowlby en in de onderzoeken die hiernaar zijn uitgevoerd, blijkt de mate van respons van de ouder of verzorger een sleutelfactor te zijn. Non-responsieve factoren zijn bijvoorbeeld:

- Plotselinge scheiding van verzorger(s) door vroege (v)echtscheiding, ziekte, langdurige opname of overlijden

- Onvoldoende aanwezig zijn van de ouder/verzorger
- Lukrake en/of inconsistente zorg
- Overbezorgdheid, overbescherming (die ten koste gaat van autonomie)
- Fysieke / psychische wreedheid, misbruik en geweld
- Slecht getimed, rigide 'zorg'
- Overbelasting van het kind (zoals parentificatie: de ouderrol moeten vervullen voor de ouder)
- Onbegrip en onverschilligheid

Deze factoren kunnen - als optelsom- een ernstig defect in het basisvertrouwen van het zelf van de patiënt veroorzaken, vooral wanneer er geen compenserende zorg (bijvoorbeeld van een warme, langdurig beschikbare grootouder) hier tegenover staat.

6. Hechtingstijlen van kinderen bij separatie

Jonge kinderen vertonen tijdens de eerder vermelde door Ainsworth uitgevoerde en later vaak herhaalde experimenten met de 'Vreemde situatietechniek' de volgende geactiveerde hechtingsstijlen.

- *Veilig gehecht*: troost zoeken en autonome exploratie (bij 70% van de geobserveerde kinderen)
- *Angstig vermijdend*: het kind heeft geleerd om emoties en afhankelijkheid te onderdrukken, als bescherming tegen pijn en afwijzing
- *Angstig ambivalent*: het kind reageert boos, is ontroostbaar, klamp zich vast en vertoont onregelmatig gedrag
- *Gedesorganiseerd/gedesoriënteerd*: er is sprake van een ineenstorting door te hoge stress; het kind gedraagt zich chaotisch, vertoont bizar gedrag. En vermoedelijk is dat het gevolg van bizar gedrag van ouder-of hechtingsfiguren, die transgeneratieel zelf niet veilig gehecht zijn.

7. Gehechtheidsstijlen bij volwassenen

In de door Main et al. uitgevoerde gestandaardiseerde 'gehechtheidsbiografische interviews' werden bij volwassenen, wanneer ze werden gevraagd om te verhalen over hun hechtingsgeschiedenis, de volgende stijlen gevonden, die sterke gelijkenis tonen met de bij kinderen gevonden hechtingsstijlen.

- *Autonoom gehecht*: men beschikt over een reflectie en inlevingsvermogen in de zin van een mentaliseringsvermogen ten aanzien van de emotionele ervaringen o.a. met de vroegere hechtingsfiguren
- *Vermijdend / gereserveerd gehecht*: deze stijl gaat samen met het devalueren of idealiseren van het gezin van herkomst; er is sprake van ontkenning van trauma's. Om die reden geven- zo blijkt uit recent onderzoek - deze patiënten liever de voorkeur aan een cognitieve (groeps)therapie dan aan een groepsdynamische (groeps)therapie om te voorkomen dat ze emotioneel te geraakt kunnen worden.
- *Ambivalent / Gepreoccupeerd*: deze hechtingsstijl gaat gepaard met het overwaarderen van de hechtingservaringen; deze patiënten komen niet los van hun negatieve emoties over hun affectieve tekort. Ze zijn in de therapie hyperalert voor steun, acceptatie en reageren heftig op (vermeende) afwijzing. Ze slaan emotioneel als het ware 'op hol', en het Schema 'Verlating' of 'Affectief tekort raakt snel geactiveerd.
- *Gedesorganiseerd/gedesoriënteerd*: bij deze hechtingsstijl is er sprake van onverwerkte trauma's, die mogelijk in de therapielatie worden geherensceneerd. Er is een onvermogen om onder stress of oplopende interpersoonlijke spanning logisch te

redeneren en objectief waar te nemen, mogelijk wanneer verlieservaringen al of niet bewust worden geheractiveerd.

8. Hechtingsgeoriënteerde therapie volgens Bowlby

De aanbevelingen van Bowlby komen neer op de volgende richtlijnen.

- ‘Eerst, en bovenal: biedt patiënten een *veilige basis* aan waarop zij zichzelf en hun relatie met de ander kunnen onderzoeken. ‘ Deze veilige basis kan uiteraard ook in een veilige groepstherapie worden bewerkstelligd.
- ‘De rol van de therapeut [of de groep] kan dienen als het aanbod van een tijdelijke *hechtingsfiguur* voor de cliënten die enigszins kan goed maken wat er vroeger zo aan ontbrak.

De kenmerken van een therapeut, die zich laat inspireren door de hechtingstheorie, zijn niet nieuw of onbekend. Ze komen als het goed is in vrijwel elke therapie voor. Maar ze zijn des te neer essentieel wanneer het gaat om patiënten die negatieve hechtingservaringen hebben meegemaakt. Het gaat volgens de Bowlby-kenners (Jeremy Holmes, 2001; Cassidy & Shaver, 1999) om het ‘afstoffen’ en intensiveren van de volgende voorwaarden waaraan de therapie moet voldoen:

1. Een hoge mate van *empathie* aanbieden door begrijpend, responsief en sensitief te reageren.
2. Nabijheid bieden bij *emotionele* expressie; door emotioneel nabij te zijn, door niet bang te zijn voor emoties, door ze niet –cognitief - weg te rationaliseren als ‘denkfouten’ of door ze niet te ‘smoren’ en toe te dekken.
3. Het aanbieden van een goede werkrelatie: bewerkstellig een *therapeutische alliantie*, een samenwerkingsverband, waarin je met de patiënten samenwerkt aan overeengekomen behandeldoelen.
4. Pas *mentaliserende interventies* toe: treedt binnen in de belevingswereld van de patiënten, besef hun emotionele, mentale toestand, identificeer hun gevoelens en hun visie op de interacties en benoemt deze zodanig dat ze gerepresenteerd kunnen worden in het zelfbeeld van de patiënten.
5. Voorzichtig *uitdagend* en mentaliseren bevorderend interveniëren kan plaats vinden als de therapeutische alliantie voldoende tot stand is gekomen en de patiënten na hun emotionele ontlading meer voor rede vatbaar zijn: ” Wat maakt dat je je afzijdig houdt?” of “Hoe komt het dat je steeds probeert stand te houden door terug te grijpen naar oude relatieschema’s?”
6. Zorg voor een evenwichtige *balans* tussen steun en enige uitdaging.
7. Zorg zelf voor de nodige *frustratietolerantie*: heb geduld, wees niet defensief als je bekritiseerd wordt en wordt niet geïrriteerd als de patiënten je aanvallen of niet snel veranderen

8. Implicaties van de hechtingstheorie voor groepstherapie

De bovengenoemde interventies kunnen voor groepstherapie nog nader gespecificeerd worden. We kunnen dan denken aan de volgende aanvullende richtlijnen, die eveneens niet nieuw of onbekend zijn maar worden vermeld om ze ‘af te stoffen’ en specifiek toe te passen.

- Hechtingsstoornissen vereisen een emotioneel *veilig therapeutisch klimaat*. Kap daarom destructief gedrag af, voorkom dat een groepslid wordt uitgestoten of wordt geslachtofferd via *scape goating*, en bevorder een cohesieve band tussen de lotgenoten en therapeut.

- Stimuleer de *expressie van echte emoties* in de groep; leg de ‘rode loper’ bijvoorbeeld uit voor patiënten bij wie je ziet dat ze echt emotioneel gekwetst raken en stimuleer de groepsleden om op de emoties die een groepslid uit met betrokkenheid te reageren.
- Voor (gedesorganiseerde) cliënt is die betrokken *aandacht angstaanjagend*. Zij zullen afweergedrag vertonen om niet geconfronteerd te worden met de pijnlijke, verwarrende hechtingservaringen. Of ze zullen kwetsingen verwachten in plaats van betrokkenheid en verzet of weerstanden vertonen. Snelle wisselingen in schema’s over zichzelf en ander en rolomkeringen, zoals in de driehoek ‘achtervolger’, ‘slachtoffer’ of ‘redder’ zijn dan begrijpelijk als oude overlevingsstrategieën die vroeger nodig waren maar nu averechts werken.
- Als behandelaar komt het er op aan om niet in de *tegenoverdracht* te stappen.
- Intensieve, betekenisgevende interventies via de ervaringsdeskundige groepsleden is nodig om het pijnlijke proces van onverwerkte hechting te laten verwoorden, te exploreren en door *emotioneel corrigerende ervaringen* te verwerken.
- *Delegeer* - door het goede voorbeeld te geven - naar de patiëntengroep het zo reageren op elkaar dat ze hun vermogen tot mentaliseren herstellen via: het benoemen, onderzoeken en begrijpen van emotionele, mentale toestanden van hun medepatiënten en leg de nadruk niet op hun ‘oude’ maar op hun huidige mentale toestand en de manier waarop die beïnvloed blijft door het oude relationele schema ‘*Wat maakt dat je teruggrijpt op dat relatieschema.....?*’
- *Leer* de patiënten om bij een emotioneel controleverlies van een groepslid sensitief, inlevend op hem of haar in te gaan. Dan biedt de groep met soortgelijke lotgenoten de nodige *containment* aan om de heftige emoties te verdragen en tot bedaren te brengen, waarna een begrijpend, meer cognitief perspectief op de *triggers* – die in het hier en nu de hechtingsstijlen activeerden - mogelijk wordt. .

Een veilig groepstherapeutisch klimaat met veilige, betrouwbare bondgenoten geeft de patiënten uiteindelijk een weerspiegeling van warme betekenisvolle, voorspelbare anderen, die hem niet mishandelen, en waar hij niet bang voor hoeft te zijn.

Hoe een *veilig groepsklimaat* in behandelgroepen tot stand komt is, aan de hand van veertig voorbeelden, beschreven door Snijders (2006).

9. Samenvattend: groepstherapie kan functioneren als hechtingsbevorderend klankbord

De doelstelling van een door de hechtingstheorie geïnspireerde groepsbehandeling is uiteindelijk acceptatie van verlies - dat inherent aan hechting is -. Die acceptatie maakt - na de nodige rouw – in een langdurende groepstherapie het mogelijk om over het verlies heen te komen en de stap uit het verleden naar het heden mogelijk te maken.

Kortom:

- Een veilige *langerdurende* groepstherapie biedt kans op corrigerende hechtingsrelaties
- Goed *gematchte*,- dat wil zeggen goedgeselecteerde, echt soortgelijke - veilige lotgenoten in groepstherapie kunnen een emotioneel helende relatie aan elkaar aanbieden die tot zekere hoogte eerdere, pijnlijke, afwijzende ervaringen kunnen goed maken.
- In de ogen van de therapeut en groepsleden kunnen (gedesorganiseerde) patiënten een *beeld van zichzelf* weerspiegeld krijgen en (terug) vinden dat ze kunnen leren verdragen, dat meer samenhangend is en gebaseerd is op hun eigen ervaringen in het hier en nu van de groep

- Wat er vroeger gebeurd is, kan niet veranderen. Wel kan veranderen *hoe* er nu over gevoeld en gedacht wordt, en in een groepstherapie kan de verouderde interpersoonlijke omgangsstrategie afgelegd worden als men gaat ervaren dat die niet meer nodig is.

Hans Snijders (h.snijders@psyq.nl) Den Haag, 2007

Aanbevolen literatuur

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Bowlby, J. (1988) *A secure base*. Londen/New York: Routledge Classics

Cassidy, J. & Shaffer, P. (1999). *Handbook of Attachment theory, research and clinical applications*.

De Waal J. (2002). In den beginne was er hechting. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 26,;483–500

Grietens, H. (2006). Hechtingsstoornissen, *Handboek Kinderen Adolescenten, problemen en risicosituaties. Deel B: Psychiatrische stoornissen ; B 130*). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Nicolai, N. (2001). Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 333-342.

Snijders, H. (2006). *Interventies in behandelgroepen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

De Kunst van het verliezen valt te leren

Mia E. Famaey

Lezing gehouden tijdens Congres “Separatiecrisis, verlies en rouw in de groep” op 23 maart 2007 te Ede.

SAMENVATTING

De praktijk van alle dag: in ons werk met therapiegroepen, als groepswerker, sociotherapeut, vaktherapeut of psychotherapeut hebben we voortdurend met verlies te maken. We kunnen stellen dat ál onze patiënten worstelen met verlies; verlies van dierbaren, verlies van gezondheid, verlies van werk, verlies van illusies, een diep gevoel van verlatenheid en in de steek gelaten zijn. Als iemand een fase niet passend heeft beëindigd, neemt hij de onverwerkte gevoelens mee naar de volgende ronde.

Het middel wat wij aanbieden om ‘beter te worden’, is groepstherapie. Maar, groepstherapie bij uitstek, is een aaneenschakeling van afscheid nemen : afscheid van groepsleden, soms afscheid van één van de therapeuten, ziekte van groepsleden, plotseling vertrek van een groepslid, en heel soms ook de dood van een groepslid of een therapeut.

Hoe kunnen we als therapeuten al die processen het best begeleiden? Er wordt veel van ons verwacht en we verwachten veel van onszelf. Hoe komen we heelhuids uit dit mijnenveld en leren we de typische groepsprocessen aan te wenden om de kunst van het verliezen te leren?

Het is niet te voorkomen dat vogels van droefheid landen op onze schouders, wél is te voorkomen dat zij nesten bouwen in ons haar. (Chinees gezegde)

Ik wil beginnen met Roelof (*red: Wolters*) te bedanken voor de uitnodiging om hier vandaag een hoofdlezing te houden. Het is een eer voor mij om beschouwd te worden als een deskundige op het gebied van verlies en groepstherapie. Ik doe mijn best om aan deze verwachting te voldoen.

VERLIES

Ik wil eerst vertellen waarom verlies zo’n belangrijk gebied is binnen de psychotherapie. Vervolgens doorloop ik met jullie de verschillende facetten waar je mee te maken krijgt bij een groot verlies. Daarna bespreek ik hoe we verlies tegen komen binnen ons werk met groepen en hoe we afscheid, verwerking, loslaten en aanvaarding kunnen faciliteren.

Het verliesmodel . Kwetsbaarheden en neutraliserende factoren

Je kunt op verschillende manieren naar psychische aandoeningen kijken. Als iemand zich aanmeldt ga je na wat er aan de hand is (diagnose) en je biedt een behandeling aan die aansluit bij de diagnose. Je gebruikt daarbij een theoretisch model (bv. gedragstherapeutisch of psychoanalytisch). Wat we vaststellen dat er aan de hand is, heeft nog niets te maken met de oorzaak. Er zijn veel modellen waarlangs we kunnen werken en kijken om hypothesen te maken van de oorzaken van psychisch lijden. Eén daarvan is het sociale model. Binnen het sociale model bestaat het verliesmodel. Het verliesmodel meent dat een sociaal ‘verlies’- in de ruimste zin van het woord- een krachtige trigger is, die iemands evenwicht zodanig kan verstoren, dat iemand hulp moet gaan zoeken. Ieder mens heeft een soort evenwicht tussen zijn kwetsbaarheden enerzijds en neutraliserende factoren anderzijds. Bijvoorbeeld een vrouw die niet goed nee kan zeggen, niet goed haar grenzen kan bewaken (kwetsbaarheid) kan goed blijven functioneren omdat haar man haar van tijd tot tijd helpt om op de rem te staan (neutraliserende factor). Het verliesmodel van Gerhardt stelt dat psychische klachten en ziekten het resultaat zijn van verstoring van die balans. Terug naar ons voorbeeld: die

mevrouw kan last krijgen van een burnout als haar man door eigen werkbelasting een tijdlang minder oog voor haar heeft.

Mensen hebben meestal voldoende neutraliserende factoren om met hun kwetsbaarheden om te gaan: denk dan aan ons aller verklaringsmodellen om om te gaan met klachten: als het weer lente wordt en er meer licht is, voel ik me vanzelf beter; het zit in onze familie; we gaan er even een paar dagen tussenuit; na de vakantie ga ik het wat rustiger aan doen, etc. Mensen zoeken hulp als een of meer beschermende factoren zijn uitgevallen; dit vormt vaak een uitlokkende factor voor een psychische aandoening of ziekte. Je partner, je kinderen, een plezierige werkomgeving, een collega waar je nauw mee samenwerkt, lichamelijke gezondheid, de mogelijkheid om in het weekend naar de camping te gaan, etc kunnen beschermende factoren vormen. Het is dan ook altijd heel belangrijk om je bij de intake af te vragen: waarom komt iemand nú in behandeling? Waarom op dit moment? Wat is er verstoord in het vertrouwde evenwicht. Vooral als iemands levensgeschiedenis een verhoogde kwetsbaarheid aangeeft, is de aanwezigheid van beschermende factoren van groot belang. Er bestaat een redelijke mate van overeenstemming over wie meer risico loopt op een psychische aandoening of ziekte. Wie geestelijk of lichamelijk niet zo sterk is, wie met zelfmoord te maken krijgt, wie een heel ambivalente of afhankelijke verhouding had met zijn overleden partner of ouder en wie steun mist van vrienden of bekenden loopt meer risico. En jongeren lopen meer risico. Ook volwassenen die in hun kindertijd een groot verlies geleden hebben lopen meer risico.

Als verlies de belangrijkste aanleiding is om hulp te zoeken, lijkt het ook logisch dat verlies, hoe omgaan met verlies, hoe nieuw evenwicht opbouwen, centraal staat in psychotherapie. Ik zou dan ook willen stellen dat afscheid, rouw, scheiding en loslaten altijd aanwezig is in behandelgroepen, en dat wij als therapeuten hier altijd oog voor moeten hebben.

Een casus

Anne meldt zich aan. Als klachten formuleert zij: heftige schommelingen in haar gevoelens en suïcidegedachten. Naar buiten toe doet ze heel druk en vrolijk, ze is de gangmaker op feestjes, zij gebruikt te veel alcohol, zij heeft wisselende korte relaties, zij heeft diverse relaties gehad waarbinnen zij ernstig is misbruikt, zij heeft een fors overgewicht en heeft last van vreetbuien. Uit haar verleden noteren we o.a de volgende gebeurtenissen: haar vader was alcoholist, hij had een uitgesproken voorkeur voor haar oudere zus. De kinderen werden vaak alleen gelaten. Toen Anne 10 jaar was, overleed haar vader aan een hartstilstand. Een jaar later kwam er een stiefvader, die een veel betere vader was, maar ook teveel alcohol gebruikte. Hij overlijdt 9 jaar later aan een maagbloeding. Anne was toen 20 jaar en woonde bij haar vriend. Zij werkte en volgde nog een MBO opleiding. Zij verbrak haar relatie. Ze vertoefde vaak in cafés, klampte mannen aan en bood zich aan voor sex, wat herhaaldelijk ernstig uit de hand liep. Op haar 25^e kreeg ze een kleine trombose in de hersenen: ze kon een dag niet spreken en was toen gedeeltelijk verlamd. Dit trok zonder restverschijnselen weg, doch sindsdien is zij emotioneler, iets wat ze niet van zichzelf kent. Zij is 27 jaar wanneer zij zich bij ons aanmeldt. Zij kan haar werk niet meer volhouden en heeft veel schulden.

Als we vanuit het verliesmodel kijken naar Anne dan kunnen wij verbaasd zijn waarom deze jonge vrouw al niet veel eerder is vastgelopen. Traumatisch verlies loopt als een rode draad door haar leven. Waarom nu pas? Sowieso pasten hulp vragen, hulpbehoevend zijn, afhankelijk zijn niet in haar zelfbeeld. Zij presenteerde zich altijd als een stoere goedlachse optimistische meid,(= haar neutraliserende factor). Die houding zorgde er voor dat zij voldoende aandacht kreeg van haar omgeving. Zij leefde bij wijze van spreken in haar autootje altijd onderweg naar vrienden of een feestje. De trombose heeft haar het meest uit

evenwicht gebracht. Allereerst de vreselijke hoofdpijn, de angst om dood te gaan, en de afschuwelijke ervaring van het niet meer kunnen praten. Hulp nodig hebben en aanvaarden, regelmatig onder controle blijven, bloedverduunners moeten slikken, dit alles moest van nu af aan binnen haar leven gaan horen. Het verlies van haar gewone gezondheid en de voortdurende ontkenning daarvan, door middel van een uitermate ongezonde levensstijl, waren de belangrijkste triggers om haar evenwicht uit balans te brengen. Haar vertrouwde netwerk kon haar hier niet mee helpen want zij hoorden allemaal bij de 'oude Anne'. Wat de diagnose betreft was er bij haar sprake van een borderline en een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast een eetstoornis NAO (niet anderszins omschreven) en afhankelijkheid van alcohol in remissie. Anne is behandeld binnen de kliniek voor volwassenen voor een periode van 12 maanden, gevolgd door een langdurige individuele nabehandeling. Haar behandeling heeft voor 75 % bestaan uit verwerking van verlies: het leren erkennen en herkennen van verlies, leren voelen van verlies, het leren aanvaarden en uiten van haar gevoelens, het durven opgeven van illusies. Het aanvaarden van alle verliezen als onderdeel van haar geschiedenis. Alle heftige symptomen die bij de persoonlijkheidsstoornis hoorden verdwenen toen zij het Verlaten Kind in zichzelf leerde kennen, aanvaarden en het zelf adequaat leerde troosten en geruststellen. In plaats van alle onrust steeds maar te dempen met alcohol, vreetbuien, gevaarlijke seks etc.

De gevolgen van ernstig verlies, de vijf stadia

Bedenk dat ernstig verlies niet alleen over de dood gaat, maar ook over verlies van gezondheid, over verlies van een baan, over verlies van je huis bij brand, over verlies van je land als vluchteling, over verlies van een relatie, etc.

Om goed te kunnen omgaan met de gevolgen van verlies, is het belangrijk dat we weten wat er allemaal bij verlies kan horen. Kubler Ross (2006) schreef over de verschillende stadia van rouwverwerking). Ondanks alle individuele eigenaardigheden en verschillen lijkt er toch een kenmerkend patroon van rouw te bestaan, bestaande uit fases die elkaar overlappen en afwisselen. Ik wil hier ook stil staan bij die fases, met name om te accentueren dat dit geen pathologie is, maar normale gevoelens waar we doorheen moeten bij een ernstig verlies. Het behoeft pas behandeling als we er niet uitkomen of als verlies zich opstapelt, of valt op oude onverwerkte verliezen. Als een fase niet passend beëindigd is, worden de onverwerkte gevoelens meegenomen worden naar de volgende fase.

De vijf stadia van rouwverwerking

1. Ontkenning :

Je klampt je vast aan de gedachte of hoopt dat je geliefde elk moment weer binnen kan komen. In een milde en onbewuste vorm merk je dat, wanneer je in de stad telkens weer denkt dat je vriendin daar loopt.

Ontkenning is een mechanisme wat we nodig hebben om het verlies te overleven, het helpt om zelf te bepalen in welk tempo we het verdriet toelaten. Het is een natuurlijke manier om niet méér toe te laten dan we aankunnen. Als we terugdenken aan Anne: zij ontkende nog altijd dat haar vader overleden was, zij klampte zich vast aan elke man bij de bar, nam hem mee naar huis, verlangde naar de liefde die ze nooit gekregen had en ging weg uit het contact als ze merkte dat de man geen liefde maar seks wilde. Altijd was ze op zoek naar haar vader. Soms liep ze achter een man aan en raakte helemaal in paniek als ze zijn gezicht zag, als ze zag dat hij haar niet herkende.

2. Woede :

Woede hoeft niet logisch of terecht te zijn. Woede komt naar boven als je beseft dat jij wel blijft leven en dat jij alléén verder moet of dat jij zonder je baan verder moet, etc.

Boos op de onverwachte, onverdiende, ongewilde situatie waarin je je opeens bevindt. Soms word je er door verteerd. Het is een nuttige emotie tot je de eerste golven voorbij bent. Woede kent geen grenzen. Als we mensen vragen snel door het stadium van woede heen te gaan, vervreemden we hen alleen maar van ons. De kracht van woede voelt beter dan niets. Elk soort lichaamsbeweging helpt om woede naar de oppervlakte te krijgen. Schuldgevoelens is vaak woede die naar binnen is gericht, op jezelf is gericht.

3. Marchanderen

Marchanderen: als / stel dat. We willen alles doen om maar niet... We blijven in het verleden hangen en proberen ons een weg uit de pijn te onderhandelen. Met marchanderen hou je steeds een stukje in handen van de alternatieve toekomst waarin een ongeluk niet had plaatsgevonden. Gedachten als: "kon ik maar de tijd terugdraaien, of stil zetten. Had ik maar niet eerst die was opgehangen, dan was ik niet op dat moment op dat kruispunt geweest... Had ik hem maar eerder naar de dokter gestuurd... Was ik maar liever geweest". Deze gedachten houden de illusie in stand dat we, wat gebeurd is, kunnen terugdraaien.

4. Depressie

De leegte dient zich aan. Verdriet komt op een dieper niveau ons leven binnen. Het voelt alsof het eeuwig zal voortduren. Depressie is een gepaste reactie op een groot verlies. Alles lijkt leeg en zinloos. De zware donkere gevoelens worden vaak gezien als iets wat moet worden behandeld. Als verdriet een proces van heling is, dan is depressiviteit een van de vele noodzakelijke stappen langs die weg. Als je jezelf toestaat depressief te zijn, zal je depressiviteit vertrekken zodra hij zijn werk in het rouwproces heeft gedaan. Onze maatschappij beschouwt passend verdriet maar al te vaak als een depressie die bestreden moet worden.

5. Aanvaarding

Het helen en de aanpassing beginnen aan te slaan. We kunnen het verleden niet intact houden. Aanvaarden wil zeggen dat je onderkent wat je verloren hebt en dat je leert leven met dat verlies. Geleidelijk aan, in je eigen tempo, vrede vinden met wat gebeurd is. Aanvaarding is ook een proces waar we doorheen gaan, het is geen eindpunt. Losmaken van het verlies en de energie die daarbij vrij komt, investeren in het leven en in de toekomst. Aanvaarding is meer goede dan slechte dagen hebben.

Verlies is heel persoonlijk en vergelijken gaat nooit op. Huilen is één van de vele manieren waarop we ons verdriet de vrije loop laten. Het is een wonderbaarlijk ingebouwd genezingsmechanisme.

Tranen zijn geen teken van zwakte, maar een uiting van innerlijke pijn. In een groep mag ieder zelf zijn tissues pakken. Bied ze niet te snel aan. Gedeelde smart is halve smart. Het verhaal vertellen helpt om de pijn te bestrijden. Vertel je verhaal, dat bekrachtigt het gevoel dat jouw verlies er wel degelijk toe doet.

Andere verliezen

Het verdriet haalt ook weer alle oude verliezen naar boven die je in je leven hebt geleden. Een ander verlies is dat van je oude persoonlijkheid, diegene die je was voor het verlies zich voordeed, diegene die je nooit meer zult worden. In eerste instantie lijkt het of je persoonlijkheid voorgoed veranderd, verpletterd en onherstelbaar beschadigd is. Dit zijn tijdelijke gevoelens, ze gaan weer voorbij, maar 'de oude' zul je nooit meer worden.

Je raakt ook de wereld van je partner kwijt. Je verliest dingen die je gewoon was samen te ondernemen. Je verliest de continuïteit, iemand die je verleden kende, iemand waar je samen beslissingen mee nam.

Zelfdoding

Gevaar voor therapeuten die veel suïcidale patiënten begeleiden. Ik moet er aan denken dat ik God niet ben, er zijn dingen waar ik geen controle over heb. Helen na de zelfmoord van een geliefde is gecompliceerd. Voor je met je verdriet aan de slag kunt zul je eerst door je schuldgevoelens heen moeten zien te komen. Je moet uitkomen op het punt dat je verstandelijk begrijpt dat jij er niet verantwoordelijk voor bent dat iemand anders zich van het leven berooft. Vervolgens zul je er langzamerhand toe komen zowel jezelf als je dierbare te vergeven. Je zult een nieuwe relatie met je dierbare moeten opbouwen, zonder haar leven te kleuren met haar dood. Sociaal isolement is een groot gevaar bij zelfmoord omdat het een verdriet veroorzaakt waar we liever niet voor uitkomen. We blijven zitten met een deel van de pijn van de overledene en onze eigen pijn. Een van de moeilijkste dingen is dat mensen niet weten wat ze moeten zeggen. Maar je kunt gewoon zeggen: “wat erg voor je dat je moeder is overleden”.

Het verlies kan meerder generaties treffen .

Impact voor therapeuten

Wil je mensen kunnen helpen bij het verwerken van hun verliezen, dan zul je als therapeut moeten openstaan voor je eigen verliezen en verdriet daarover toelaten. Dit klinkt makkelijker dan het is. In opleidingen of leerboeken wordt daar bijzonder weinig aandacht aan besteed. Het leven zelf is een goede leerschool, en als je net zoveel geluk hebt als ik, tref je ook goede leermeesters. Als psychotherapeut heb je, geïntegreerd in je opleiding, kansen via je leertherapie en supervisies. Voor groeps werkers die soms veel dichterbij de patiënten staan, en hun gevoelens vaak in alle hevigheid meemaken, zijn er te weinig goede kanalen om hier goed mee te leren omgaan. Sterk zijn en doorgaan is vaak het motto. Alles beheersbaar houden, crises bedwingen, dempen, bepaalt vaak ons handelen. Dit alles gebaseerd op onbewuste opvattingen dat verdriet besmettelijk is, dat wanhoop leidt tot zelfmoord, etc. Leren containen, maak het beeld van sterke armen die al het verdriet kunnen vasthouden, kunnen dragen, niet overnemen, niet wegpoetsen, maar gewoon, dat het er mag zijn,Dit doet wonderen. En bedenk dat onze patiënten hierin vastgelopen zijn, omdat zij dit niet gehad hebben, omdat zij dit niet geleerd hebben.

GROEPSTHERAPIE EN VERLIES

Als ik nu praat over groepstherapie heb ik het niet sec over psychotherapie maar over alle therapieën die in een groep plaatsvinden. Velen van jullie zijn werkzaam in een klinische of dagklinische setting waar patiënten in groepen behandeld worden. Deze vorm van therapie biedt unieke kansen om voortdurend met verlies, rouw, verlating, afscheid, loslaten en losmaken, dus met individuatie-separatie, bezig te zijn.

Catthoor en Boonstra (2005) schrijven, in hun artikel, dat het einde van een geslaagde psychotherapeutische behandeling per definitie al begint bij het begin van de behandeling. Door de opname moeten ze onthechten van hun dagelijkse gewoontes. De thema's hechting, afstand en nabijheid, veiligheid en angst voor verlating, afscheid nemen en op een gezonde manier onafhankelijk worden, staan de gehele opname prominent op de voorgrond. In alle facetten van de behandeling wordt er ruim aandacht besteed aan het individuatie-separatie proces.

Jarenlange ervaring heeft ons geleerd dat rituelen rond afsluiten van de behandeling en afscheid nemen heilzaam zijn voor de vertrekkers én de blijvers, op voorwaarde dat ze door de therapeutische staf mee bewaakt en ondersteund worden.

De impact van een vertrek uit een kliniek is veel groter dan uit een ambulante groep. Zowel voor de vertrekkers als voor de achterblijvers. Het is niet enkel een lege stoel maar ook een lege plaats aan tafel, een leeg bed, lege plekken op de wand, een andere naam in de notulen van diverse commissies, verlies van je vertrouwde maatje om te winkelen of om te kletsen, etc. De leegte is massaal present. En voor de vertrekkers is de onzekerheid over de leegte buiten massaal.

Volgens Yalom (1983) is het komen en gaan van groepsleden in een klinische setting een unieke kans voor patiënten om beter te leren omgaan met verlies.

Zoals de meeste mensen zullen ook onze patiënten de pijnlijke gevoelens die met verlies gepaard gaan, proberen te vermijden. Deze afweer kan verschillende vormen aannemen. Meest voorkomend is het ontkennen van het afscheid. Alsof ze een gezamenlijke afspraak hebben: "we praten er niet over". Het is de taak van de therapeut is om het gesprek mogelijk te maken (denk aan verdriet bij kinderen). Soms gaat dit ontkennen zo ver dat mensen vroegtijdig willen vertrekken, ruzie uitlokken of regels overtreden in de onbewuste hoop weggestuurd te worden. Soms gaan patiënten de kliniek, de groep en de therapeuten idealiseren. Vraag expliciet naar: "wat zijn je positieve ervaringen geweest met mij/ons, en wat zijn je negatieve ervaringen geweest". Geef permissie voor ambivalentie! Idealiseren leidt tot afhankelijkheid: "jij bent zo bijzonder, ik kan niet zonder jou".

Afscheid nemen kan pas een onderdeel van de groeps cultuur worden als het is ingebed in de kliniek cultuur. Het is de taak van de milieutherapeut om dit goed te volgen en waar nodig bij te sturen. Een duidelijke opname- en ontslagprocedure is van wezenlijk belang. Slechts bij hoge uitzondering mogen patiënten of staf deze procedure doorbreken of veranderen. Goed afscheid nemen, kun je niet afdwingen, maar als behandelaars moet je er wel voor zorgen dat separatiethema's al vroeg in de behandeling aan de orde zijn. Limitering van de behandelduur, een vaste en zichtbare eindfase in de behandeling, weekendverlof, vaste evaluatiemomenten, een proefverlof, zijn daar allemaal voorbeelden van. Open groepen, waar elke open plaats opgevuld wordt door diegene die bovenaan de wachtlijst staat, brengen hierdoor het separatiethema voortdurend binnen de aandacht. Een therapiegroep van acht cliënten waarvan de maximale opnametijd twaalf maanden is, kent een gemiddelde turn-over van elf cliënten per jaar (drop outs meegerekend). Dit betekent dat, als je een heel jaar in behandeling bent, je tien keer mee maakt dat iemand weg gaat, en tien keer dat er een nieuw groepslid bijkomt. De meeste patiënten ervaren dit als zwaar. Soms beleven ze het als heel oneerlijk. Zeker patiënten die nog niet zo lang in de groep zitten en zich erg snel gehecht hebben aan een ervaren groepslid, kunnen soms met hele sterke verlatingsgevoelens reageren op het vertrek van hun steun en toeverlaat. De woede over verlating richt zich nogal eens tegen de staf die hen deze pijn aandoet (als zij niet weg zou moeten van jullie, zou zij er zeker voor kiezen om bij mij te blijven).

Wijs groepsleden er op dat ze het beste de groep kunnen verlaten als ze er ook nog een tijdje vóór hun vertrek van hebben kunnen genieten. Installeer een cultuur waarbij het weggaan uit de groep voorbereid en besproken wordt. Stel vast hoeveel tijd van tevoren je je einddatum aankondigt. Als therapeut heb je een belangrijke taak in het bespreekbaar maken van afscheid. Afscheidsrituelen kunnen helpen om het afscheid vorm te geven. Een rondje maken met nog iets tegen iedereen zeggen, en iedereen die jou wat meegeeft, inclusief de therapeuten! Succesvolle afsluiting van een behandeling betekent in elk geval dat de patiënt verlating kan verdragen. Hij kan het zonder de groep en zonder de therapeut.

Analytici hebben veel geschreven over beëindigen van therapie. Zij gebruiken de uitdrukking: terminale fase van de behandeling. Daarmee bedoelen ze de laatste fase van je therapie. De zuiveren in de analytische leer zien stoppen als de abrupte overgang van vier keer per week naar definitief afscheid zonder terugkomssessies. De centra voor klinische psychotherapie en de groepsdynamische groepstherapie zijn erg beïnvloed door dit analytisch gedachtegoed. Ook op de Viersprong heet de laatste fase van de behandeling: de Eindfase. En vele jaren lang waren nabehandelingcontacten uit den boze. Gelukkig heeft de praktijk de ideologie ingehaald. Het profijt van nabehandelingcontacten door de eigen therapeut(en) wordt door het promotieonderzoek van Moniek Thunnissen (2006) nu ook wetenschappelijk aangetoond.

Verlies van de therapeuten

Tracht kost wat kost te voorkomen dat een therapeut plots vertrekt. Kondig je vertrek ruim van tevoren aan: zeker 2 maanden. Vertel het als andere stafleden het al weten, anders lekt het toch ergens uit. Denk niet dat je je vertrek pas hoeft aan te kondigen als je vervanger al bekend is. Valkuil: wanneer zij er niet over beginnen gaan denken dat men het helemaal niet erg of niet belangrijk vindt dat je weg gaat.

Bij een voorspelbare vertrek bv van stagiaires en assistenten in opleiding is het belangrijk om de tijdelijkheid van hun contract al bij kennismaking duidelijk aan te kondigen. Verder er op dezelfde manier mee omgaan als bovenstaande.

Verlies van illusies

Verlies. We lijden allemaal verlies en veel verliezen zijn ook noodzakelijk om ons te ontwikkelen tot complete mensen. Judith Vorst (2002) schreef een prachtig boek:

“Noodzakelijk Verlies”. Zij formuleert een aantal onontkoombare en noodzakelijke verliezen:

- Het feit dat onze moeder ons zal verlaten en dat wij haar zullen verlaten.
- Dat de liefde van onze moeder niet alleen aan ons voorbehouden kan zijn.
- Dat wat pijn doet niet altijd kan worden weggekust en genezen.
- Dat we het hier in wezen alleen moeten redden.
- Dat we zullen moeten aanvaarden, in anderen en in onszelf, dat liefde met haat vermengd is, goed met slecht.
- Dat een meisje, hoe verstandig en mooi en innemend ook, toch later niet met haar vader kan trouwen.
- Dat onze mogelijkheden worden beperkt door anatomie en schuldgevoel.
- Dat elke menselijke verbintenis gebreken heeft.
- Dat onze plaats op deze planeet genadeloos tijdelijk is.
- Dat we volstrekt niet bij machte zijn onszelf of andere dierbaren te beschermen tegen gevaar en pijn, tegen de tand des tijds, tegen ouder worden, tegen de dood, tegen onze noodzakelijke verliezen.

Deze verliezen horen bij het leven, ze zijn universeel, onvermijdelijk en onverbiddelijk. Ze zijn noodzakelijk omdat we ons ontwikkelen door te verliezen, te verlaten, los te laten. We moeten opgeven om te groeien. Verliezen is moeilijk en pijnlijk. Verliezen is klote.

Het niet opgeven van illusies, het vasthouden aan illusies heeft te maken met angst voor het andere. Geen sprong in het duister te durven nemen. Het verkennen van de overkant maakt dat je over de hangbrug durft te lopen.

Hoe lang blijf je geloven in:

- sinterklaas? Ik heb recht op onvoorwaardelijke liefde en cadeaus zonder dat ik er iets voor terug hoef te doen.
- de Prins(es) op het Witte Paard? Ooit komt er een man / redder voor mij, en blind kiest hij mij uit en neemt mij mee, en laat mij lang en gelukkig leven...
- de Toverfee? Iemand anders kan alles voor mij oplossen, kan mijn schulden betalen, kan mij van te dik en van alcoholafhankelijk, veranderen in aantrekkelijk en zelfstandig en sterk....
- ergens staat er nog een Wieg voor mij klaar? Ooit zal ik weer klein en geborgen mogen zijn, bij een moeder die echt van me houdt.

Het vasthouden aan deze illusies kan heel hardnekkig zijn. Soms kan een groep deze illusies in de hand werken door een symbiotische relatie met elkaar aan te gaan. Dit is bv. een gevaar van klinische groepen en vrouwengroepen. Die creëren met elkaar een groepsillusie van “wij zijn bijzonder, wij begrijpen elkaar zonder woorden, wij zorgen zonder grenzen voor elkaar”. Als je dit doorwerkt kom je in woede om de realiteit terecht; woede dat de therapeut niet almachtig is, dat therapie onrecht en tekorten van vroeger niet goed kan maken, dat groepsleden niet allemaal hetzelfde zijn. Pas dan is er ruimte voor differentiatie (ik mag verschillen van jou) en voor individuatie.

Zolang we de waarheden van het leven niet daadwerkelijk integreren, is er dikwijls een vaag besef van leegte, er ontbreekt iets, al weten we niet wat. We bereiken ons doel niet en we voelen ons onbegrepen. Frustraties, emoties, tranen, inwendig verzet en de op niets gebaseerde hoop dat op een dag als ‘vanzelf’ alles goed zal komen, zijn de echo van ontbrekende kennis.

Konden we verandering maar proeven als een delicatessen, dan hoefden we ons niet vast te klampen aan de illusie dat, als we de tijd maar negeren, alles bij het oude zal blijven.

Wat biedt een groep bij verlies?

De groep biedt veiligheid, reguleert affect, vermindert isolement en schaamte, laat herinneringen levendig worden en biedt coping mechanismen aan. De groep biedt een herstel van het gekwetste zelf, integratie van het verlies en een herdefinitie van het zelf.

Alles heeft een begin, een midden en een einde. Voor het begin zijn daadkracht en creativiteit nodig. Het midden vraagt om volharding en doorzettingsvermogen. Aan het einde is er moed nodig om alles weer los te laten, bewust af te ronden en te genieten van wat volbracht is.

Wanneer een periode voorbij is, moeten we daar op zijn minst bij stil staan. Bij voorkeur met diegenen die erbij hoorden. Als we op passende wijze hebben afgesloten, hoeven we niet te vergeten. Dan blijven we niet steken in onrust en spijt.

Kun je leren verliezen?

Je móet wel leren verliezen omdat je niet altijd kunt winnen. Wie een zelfbeeld maakt alsof hij altijd recht heeft op winnen wordt een heel vervelende persoon. Is een gokverslaafde iemand die niet kan verliezen, steeds het verlies loochent en overtuigd is dat hij gaat winnen? Kun je kinderen leren verliezen? Ja. Verliezen betekent niet dat je je eigenwaarde verliest. Maak de verliezer niet belachelijk. Zorg dat je als ouders niet kost wat kost altijd wil winnen van je kind. Laat hem winnen, maar niet altijd. Gedoseerd leren frustratie verdragen. Spelen is de beste manier om te leren verliezen: “het is maar een spelletje”.

Gezelschapsspelletjes, maar ook sportwedstrijden zijn geregelde spelletjes waarbinnen we een rol spelen (de bank bij Monopoly, Kolonist, aanvaller of verdediger). We spelen dit spel met een aantal anderen en op het eind is er een winnaar en een verliezer. We leren dat het lot,

meestal in de vorm van dobbelstenen, spelkaarten, zijwind of wat voor onvoorspelbaars dan ook, een grote rol speelt in het winnen of verliezen. We koesteren soms de illusie dat we het lot kunnen bedwingen of regelen. Maar na het opruimen van de spelattributen of na het douchen van de sportwedstrijd zijn we weer allemaal hetzelfde. We genieten na of we likken onze wonden. En dan is gedeelde smart halve smart. Dit wordt natuurlijk anders als we voor geld gaan spelen of als de sport je beroep wordt. Dan geeft geld een heel andere betekenis aan winnen of verliezen.

Tijd heelt alle wonden. Dat klopt niet!!!! Tijd heelt niets. Wel hebben we tijd nodig om onze wonden te verzorgen en te laten verzorgen.

Als ouders en therapeuten kunnen we onze kinderen en patiënten leren dat verlies bij het leven hoort. Dat loslaten noodzakelijk is om te groeien. We kunnen het hen leren door het zelf te durven aangaan. We moeten heel wat opgeven om te kunnen groeien. Want intens van iets houden zonder kwetsbaar te worden voor het verlies ervan is niet mogelijk. We kunnen geen autonome mensen worden zonder los te laten.

Personalia :

Mia E. Famaey is als klinisch psycholoog/psychotherapeut werkzaam in het psychotherapeutisch Centrum de Viersprong te Halsteren. Zij heeft ruime ervaring binnen de klinische psychotherapie voor Volwassenen. Zij heeft met name een klinische vrouwengroep voor seksueel getraumatiseerden opgezet. Zij nu sinds twee jaar werkzaam op de polikliniek van het Circuit Jeugd o.a. als systeemtherapeut. Zij is daarnaast supervisor en opleider bij de Nederlandse vereniging voor Groepspsychotherapie. Zij is trainer van de simulatietrainingen Klinische Psychotherapie.

Literatuur

- Berk, T. (1993). Visies op psychische aandoeningen. In : *Handboek Groepspsychotherapie*. A7 1-39.
- Berk, T. (2005). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Tijdstroom, Utrecht.
- Boerwinkel, A. e.a. (2000). *De kunst van het verliezen. Over verlaten en verlatenheid*. Boom, Amsterdam.
- Bout vd, e.a. (1998). *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem.
- Catthoor, K., & Boonstra, C. (2005) Het begin van het einde : afscheid nemen in een psychotherapeutische behandeling gericht op jongeren. *Handboek Groepstherapie* F6.1-27.
- Daemen, M. (1998) Psychotherapiegroepen op afdelingen van psychiatrische klinieken. *Handboek Groepstherapie* E 2. 1-34.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2006) *Over rouw. De zin van de vijf stadia van rouwverwerking*. Ambo/Anthos, Amsterdam . Oorspronkelijke titel , *On grief en grieving, Finding the meaning of life through the five stages of loss*. (2005).
- Maitland, A. (2004). *Oneindig Afscheid*. Altamira-Becht BV, Haarlem.
- Mönnink de, H. (1996). *Verlieskunde. Handreiking voor de beroepspraktijk*. Elsevier, Maarssen.
- Richardson, R. (1981). *Verlies. Praten over rouw en verdriet*. De Arbeiderspers, Amsterdam.
- Thunnissen, M. (2006). Long-term prognosis and aftercare in short-term inpatient psychotherapy and personality disorders. ; DGW marketing communicatie, Halsteren
- Vorst, J. (2002). *Noodzakelijk verlies*. Nederlandse vertaling Ambo/Anthos , Amsterdam.
- Oorspronkelijke titel *Necessary Losses* (1987) , New York

EXTREEM LUID & ONGELOOFLIJK VER WEG

Mentaliseren in psychotherapie

Myriam van Gael

klinisch psycholoog/psychoanalytisch psychotherapeut

werkzaam afd. klinische psychotherapie P.C. St. Amadeus
te Mortsel

An, een jonge vrouw die is opgenomen in een behandelsetting voor patiënten met persoonlijkheidsproblemen, lijkt haar hoofd te verliezen na een ruzie met haar vriend. Oskar Shell, het negenjarige personage uit de roman 'Extreem luid & ongelooflijk dichtbij' van Jonathan Safran Foer, probeert de plotse dood van zijn vader te verwerken. Beiden vertonen problemen die kunnen begrepen worden vanuit een focus op mentaliseren. Een kort verslag van drie psychotherapie sessies met An illustreert hoe patiënten kunnen worden geholpen om hun vermogen om te mentaliseren te versterken.

Inhoud

- [Inleiding](#)
- [An: 'Zie je wel, ik mag niet bestaan'](#)
- [Niet-mentaliserend voelen en denken](#)
- [Therapeutische implicaties](#)
- [Definitie van het therapeutische proces](#)
- [En de 'traumaverwerking'?](#)
- [Slot](#)
- [Literatuur](#)

Inleiding

In 'Extreem luid & ongelooflijk dichtbij', de tweede roman van Jonathan Safran Foer (2005), ontmoeten we de negenjarige Oskar Shell, wiens vader gedood werd bij de aanslag op het *World Trade Center*. Doorheen het boek probeert Oskar betekenis te geven aan de dood van zijn vader, en vooral ook aan zijn eigen gedrag onmiddellijk voorafgaand aan de ramp. Vader probeerde, vlak voor de toren instortte, telefonisch contact te zoeken met zijn zoon. Oskar was thuis en hoorde vaders berichten op het antwoordapparaat, maar nam de telefoon niet op. Hij houdt dit voor iedereen verborgen. Het daaropvolgende jaar is Oskar gedreven op zoek naar een slot, het slot waarop de sleutel past die hij in vaders kast vond. Op deze zoektocht ontmoet hij mensen van allerlei slag. Velen van hen worstelen met een verleden dat ze niet kunnen achterlaten en vertellen Oscar hun verhaal. Maar zijn 'slot' – het antwoord op zijn vraag – blijft onvindbaar.

Oscars onvermogen om zijn verlies te verwerken krijgt – via brieven geschreven door zijn grootmoeder en grootvader – een intergenerationeel perspectief. Zijn grootvader ontvluchtte Europa nadat hij bij het bombardement op Dresden zijn zwangere geliefde verloor. Jaren later ontmoet grootvader de zus van zijn vroegere geliefde in New York en zij trouwen. Tegen die tijd is zijn geest al vermorzeld door de traumatische herinneringen aan Dresden. Hij verloor één voor één alle woorden, beginnend met het woord ‘Anna’, de naam van zijn verloren geliefde. Nu spreekt hij geen woord meer, is letterlijk met stomheid geslagen. Oskars grootouders bouwen een krampachtige relatie op die gedoemd is te mislukken. Wanneer grootmoeder zwanger is, ‘verdwijnt’ grootvader: hij vlucht. Oskars vader groeit dus zelf ‘vaderloos’ op. Hij heeft geen weet van en zal nooit weet hebben van de talloze brieven die zijn onbekende vader hem schreef.

De rode draad in dit boek is verlies en onvermogen om te rouwen en om verlies betekenis te geven. Ook de lezer wordt direct geconfronteerd met dit onvermogen betekenis te geven: er staan mysterieuze foto’s in het boek, pagina’s met één enkele zin en woorden die rood omcirkeld zijn. Je hebt daarbij het gevoel dat je iets moet zien, dat de foto’s en de rood omcirkelde woorden aanwijzingen zijn die je moet begrijpen. Er zijn cijferreeksen die woorden moeten voorstellen. Een gedeelte van de tekst is onleesbaar omdat grootvader papier te kort kwam voor heel zijn verhaal. Je hebt constant het gevoel: ik mis iets, ik zie iets niet, ik begrijp iets niet. Hoe meer je ernaar kijkt en erover denkt, hoe minder je het begrijpt – het ontglipt je.

Iets in dit boek moet me bijzonder geraakt hebben, want ik koos de titel ervan – met een kleine wijziging – vrij impulsief, zonder echt goed te weten waarom, als de titel van een tekst over mentaliseringsproblemen in de kliniek. Ik had beloofd om een lezing te geven over dit onderwerp en, zoals dat altijd gaat, word je dan maanden van tevoren, nog voor je goed weet wat je daar zal vertellen, gevraagd om een ‘sprekende titel’ voor die lezing. In mijn geval leidt dat doorgaans tot een lichte vorm van paniek en een ernstige besluiteloosheid. De dag voor de *deadline* verstreek, was toevallig ook de dag dat ik de laatste bladzijde van de genoemde roman omsloeg. Ik mijmerde nog even na over de betekenis van de titel in relatie tot de inhoud van het boek. Toen ‘wist’ ik het plots: ik zou de titel van dit boek gebruiken als *teaser* voor mijn lezing. Wel veranderde ik ‘ongelooflijk dichtbij’ in ‘ongelooflijk ver weg’. Mijn redenering was dat beide in feite op hetzelfde neerkomen. Ook Oskar zelf ontdekt dit fenomeen: starend naar de alom bekende foto’s van de man die valt (of springt?) uit het brandende gebouw probeert hij te ‘zien’ of dit misschien zijn vader is – hij hoopt zo zelfs diens laatste gevoelens en gedachten te kunnen ‘aflezen’ van de foto –, maar hij constateert daarbij: hoe dichterbij je de foto bij je ogen brengt, hoe minder je ziet. Dat deed me meteen denken aan een fenomeen uit de kliniek: vooral gepreoccupeerd en gedesorganiseerd gehechte patiënten proberen hun hulpverleners zeer snel te betrekken in een relatie van extreme nabijheid, terwijl ze vaak juist daardoor voor de hulpverlener ‘ongelooflijk ver weg’ raken.

Natuurlijk boeit dit boek me ook omdat de thema’s ervan nauw aansluiten bij mijn dagelijkse werk: onverwerkte trauma’s en hun impact op de geest van mensen, intergenerationele patronen en hun niet-bewuste, niet-gedachte invloed, falen in de poging om betekenis te geven aan het eigen gedrag en dat van anderen. Maar om te genieten van een roman zet ik bij het lezen mijn psychologenbril doorgaans af, om het verhaal zo direct mogelijk ‘binnen te laten’. Ik moest dit boek dus nog een tweede keer lezen, met een focus op mentaliseren, op zoek naar verdere antwoorden op de vraag: waarom koos ik voor deze titel?

Ik las de tweede maal een ander boek. Dat is een fascinerend en ook wel verwarrend fenomeen. Dat heb je ook als je luistert naar patiënten vanuit een bepaald perspectief of theoretisch model: je ziet heel andere dingen, begrijpt ze anders, en je gaat uiteindelijk ook heel andere dingen zeggen en doen. Je zal maar patiënt zijn, denk ik, en je afvragen: wat denkt die therapeut of die verpleegkundige over mij, hoe begrijpt die wat ik doe of zeg, en waarom zegt of doet die dat nu? Welk beeld van zichzelf zal de patiënt vinden in de geest van zijn therapeut?

Peter Fonagy heeft ons een relatief nieuw perspectief gegeven op veel van de gedragingen en dynamieken die kenmerkend zijn voor ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Zijn ‘focus op mentaliseren’ maakt niet zozeer inzichtelijk *wat* deze patiënten voelen of denken, maar wel *hoe* zij voelen of denken, vooral op emotioneel geladen momenten. Als we hiermee geen rekening houden, dan zullen we hen onvermijdelijk verkeerd begrijpen en benaderen – en daardoor voor hen ondraaglijk ver weg blijven.

An: ‘Zie je wel, ik mag niet bestaan’

Probeer het volgende maar eens te begrijpen.

Een van de patiënten op onze afdeling, ik noem haar hier An, lijkt de laatste tijd te ‘ontdooien’. Ze heeft lang uitsluitend negatieve gedachten over zichzelf geuit. Nu vertelt ze over positieve gevoelens en verlangens. Ze wil zich ook meer tonen aan anderen in de groep en vertelt over een broos maar toch ook sterk gevoel dat ze er voor haar groepsgenoten mag zijn, dat ze van hen de toestemming krijgt om aandacht te vragen en plaats in te nemen. Met deze positieve gevoelens vertrekt ze in weekend.

Daarin wordt ze geconfronteerd met haar partner (Peter) die plots en onverwacht – maar zeker niet ongekend – hun relatie en samenleven in twijfel trekt. Totaal overstuurd komt ze terug naar de afdeling; ze is niet te kalmeren, al het positieve is totaal ‘weggeslagen’, niets heeft nog zin; het bewijs is immers geleverd nu: zij mag zich niet goed voelen, ze mag niets hopen of verlangen, dan wordt ze ‘gestraft’. Zo is het heel haar leven al; hoe heeft ze kunnen denken dat het anders was. Het *is* zo. Haar extreme, escalerende negatieve gevoelens en gedachten maken haar onbenaderbaar voor elk ‘denkend’ gesprek; ze moet hier en nu, onmiddellijk, etumine hebben om zich te verdoven, anders gebeuren er ‘ongelukken’.

Toch is ze de volgende dag aanwezig in de groep. Ze beschrijft daar wat er in het weekend gebeurde en haar conclusies: ze mag zich niet goed voelen, ze mag niet bestaan, ze is het niet waard. De andere patiënten proberen haar huidige gevoel te begrijpen vanuit wat er in het weekend gebeurde, maar bieden ook andere perspectieven. Ze wijzen op haar kracht vorige week en proberen haar ervan te overtuigen dat ze er voor hen mag zijn. Maar ze wijst alle geboden hulp en ondersteuning af. Bovendien begint ze de andere patiënten ervan te beschuldigen dat ze er voor hen ook niet mag zijn, dat ze in de groep ook geen plaats krijgt. Ze heeft ‘bewijzen’: vorige week was er in de groepstherapie voor haar geen plaats; ze wou heel graag wat vertellen maar kreeg er geen ruimte voor. Een medepatiënte, Karin, wijst haar erop dat ze toen werd uitgenodigd om te spreken maar er niet op inging. Nee, zo was het niet, zegt An, ze had geen plaats gekregen, ze mocht er ook voor hen niet zijn. Karin zegt uiteindelijk dat ze zich begint kwaad te voelen - waarop An de groep verlaat. Ze wordt teruggehaald. Karin legt uit dat de kwaadheid die ze voelde ook iets met haarzelf te maken heeft: ze herkent veel van zichzelf in die houding van onmacht en lijden van An en kan deze daarom moeilijk verdragen. An houdt halsstarrig vast aan haar interpretatie van de boosheid

van Karin: die bewijst dat ik er ook hier niet mag zijn, want als ik zeg wat ik denk en voel dan word je kwaad op mij... enzovoort.

Onmiddellijk na de groepstherapie stapt An naar de verpleging en ze vraagt opnieuw, zeer dringend, om etumine – ‘nu’ – want anders zal ze zich ‘moeten’ snijden. De groepsleden en de groepsbegeleiders blijven verslagen, machteloos en ook wel boos achter.

Hoe kunnen we dit gedrag begrijpen? Ons begrip en onze interpretatie van haar gedrag zal sterk afhangen van het theoretische model dat we hanteren en ook van de gevoelens die haar gedrag bij ons oproept. We kunnen denken dat ze problemen heeft met het reguleren van negatieve gevoelens. We kunnen over het gebeuren ook denken in termen van afweermechanismen. De overheersing van negatieve affecten (vooral agressie) bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek wordt vaak gehanteerd door splitsing en projectie (ve identificatie). Daarvan zien we hier duidelijke tekenen: de vorige week nog als ideaal beleefde groep wordt plots als ‘slecht’ ervaren en ze projecteert haar agressieve afwijzing op anderen. We kunnen ook denken in termen van overdrachtsfenomenen en van de omkering van de rollen in relaties die we hier zien. Zoals haar moeder haar vaak plots op een onredelijke en bijna paranoïde manier aanviel en afbrak, zo valt zij nu op een onredelijke wijze anderen aan. Probeert zij, nadat haar partner iets van dit oude relatieparadigma herhaalde, de rollen om te keren in een wanhopige poging om zo weer controle op de situatie te krijgen? We kunnen ook focussen op een mogelijk communicatief aspect van haar gedrag: misschien wil ze anderen laten voelen hoe onmachtig en woedend zij zich vanbinnen voelt?

Deze perspectieven, en wellicht nog andere, hebben ongetwijfeld alle hun waarde en waarheid. Ze kunnen helpen om haar gedrag betekenis te geven en om een antwoord te vinden op de vraag ‘Waarom gedraagt An zich nu zo?’ Maar wie gewend is met patiënten met persoonlijkheidsproblematiek te werken weet dat een andere vraag voorafgaat: hoe kan je proberen om terug contact met haar te krijgen opdat het mogelijk wordt om samen met haar te denken over wat er nu gebeurt? Hier heeft, naar mijn ervaring, het perspectief van mentaliseren grote waarde. Ik zal een poging ondernemen om, met een focus op mentaliseren, de toestand waarin An verkeert begrijpelijk te maken. Daarbij komt nu en dan, heel even, ook de kleine Oskar Shell uit ‘Extreem luid & ongelooflijk dichtbij’ om de hoek kijken.

Belangrijk is dat we ons hierbij niet in eerste instantie richten op *wat* An ervaart en doet, maar ons proberen een voorstelling te maken van *de manier waarop* zij de dingen nu beleeft en *hoe* haar geest op dit moment werkt. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek hebben – als gevolg van vroege stoornissen in de gehechtheidsrelatie, vaak gevolgd door latere traumatische ervaringen – een beperkt vermogen om te mentaliseren. Dit maakt hen erg kwetsbaar in relaties waarin het gehechtheidssysteem wordt geactiveerd, dat wil zeggen: wanneer iemand voor hen emotionele betekenis krijgt en in toestanden van emotionele *arousal*. Uit recent neuropsychologisch onderzoek blijkt dat ook bij ‘normale’ volwassenen de activering van het gehechtheidssysteem gepaard gaat met een relatieve inhibitie van de hersendelen en hersencircuits die mentalisering ondersteunen. De gehechtheidsproblematiek van patiënten met persoonlijkheidsproblemen heeft wellicht tot gevolg dat hun gehechtheidssysteem hyperactief is en zeer snel geactiveerd wordt, met een desastreus te noemen instorting van hun toch al beperkte vermogen om te mentaliseren (Fonagy & Bateman, 2006).

Niet-mentaliserend voelen en denken

De persoon die niet of niet meer in staat is om te mentaliseren valt terug op een primitievere ervaringswijze. Ik beschrijf kort enkele belangrijke kenmerken van niet-mentaliserend voelen en denken (zie onder meer Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

Gebrekkige representatie en differentiatie van affecten

In de eerste plaats is een niet-mentaliserende toestand gekenmerkt door een kwalitatief – niet enkel kwantitatief – andere affectieve-ervaring. Gevoelens worden dan ervaren op een primaire manier, als ruwe sensatie – een vaak bedreigend geheel van chaotische en onsamenvangende innerlijke stimuli – zonder betekenis of vorm. De affecttoestanden van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek hebben zo'n 'extreem' karakter doordat zij onvoldoende als gevoelens gerepresenteerd worden (dat wil zeggen: zij kunnen niet erkend worden als 'dat is wat ik nu voel en het is "slechts" een gevoel'). Intense affecten worden dan ervaren als onhanteerbaar, *te* reëel en potentieel vernietigend.

Wat voelt An in deze situatie? Is het angst, onmacht, paniek, waardeloosheid – of is het eerder woede? In elk geval lijkt het haar onmogelijk om op een gepaste wijze uitdrukking te geven aan wat zij voelt, en vooral om haar gevoel als een gevoel te (h)erkennen. De verwarrende sensaties waaraan zij onderhevig is, drijven haar tot actie: verdoving of externalisering, vluchten of vechten.

Ook Oskar Shell heeft problemen met het correct benoemen en identificeren van zijn gevoelens. Vooral negatieve gevoelens lijken voor hem moeilijk herkenbaar en benoembaar. Meestal komt hij niet verder dan: 'Ik ben heel erg in mineur'. Dit 'mineure' gevoel escaleert soms – dan wordt het 'extreem luid' en niet te hanteren. Ook hij neemt dan zijn toevlucht tot – vooral zelfverdovende – actie. Meestal begint hij van alles te 'bedenken', in een poging om zijn gevoelens te ontvluchten. Hij 'bedenkt' vooral allerlei uitvindingen, soms kan hij werkelijk niet stoppen met dat 'uitvinden'. Een van zijn uitvindingen heeft het karakter van een probleemoplossing:

'Stel dat het water uit de douche een chemische stof bevat die reageert op een combinatie van dingen, zoals je hartslag, je lichaamstemperatuur en je hersengolven, met als resultaat dat je huid met elke stemmingswisseling van kleur verschiet. Als je ontzettend opgewonden bent, wordt je huid groen, en als je boos bent rood, uiteraard, en als je je chips voelt dan word je bruin, en als je je blauw ergert, word je blauw. Zo ziet iedereen meteen wat de ander voelt, en dan zouden we minder bot tegen elkaar zijn (...). Deze uitvinding is trouwens ook handig voor de keren dat je je heel erg iets voelt, maar niet weet wat precies. *Ben ik opgefokt? Ben ik in paniek?* En door die verwarring slaat je stemming om, het wordt je stemming, met als gevolg dat je grijs van verwarring wordt. Maar door dat speciale water kleuren je handen bijvoorbeeld oranje en dan weet je: *O, ik ben blij! Ik was de hele tijd juist blij! Wat een opluchting!*' (Foer, 2005, p. 178).

Maar soms kan ook het 'uitvinden' hem niet helpen zijn negatieve gevoelens baas te worden; dan stompt hij zichzelf tot hij blauwe plekken heeft. Hij heeft geen etumine...

Ervaring van psychische realiteit

In een niet-mentaliserende toestand wordt de psychische realiteit op een andere manier ervaren. De patiënt is zich er niet langer van bewust dat gevoelens en gedachten *representaties* zijn, die weliswaar verband houden met de realiteit, maar er niet geheel mee samenvallen. Hij schakelt over naar een ervaring van '*psychische equivalentie*', waarin de mentale realiteit een directe weerspiegeling wordt van de fysieke realiteit. Als de patiënt, in deze ervaringsmodus, bijvoorbeeld angst voelt, *moet* er iets reëel bedreigend zijn. Als hij een gevoel van falen ervaart, *is* hij slecht of minderwaardig. Als hij iets denkt, dan is dat geen gedachte of overtuiging (die ook fout kan zijn); het *is* zo.

De beleving in de modus van psychische equivalentie verklaart gedeeltelijk waarom An zo vasthoudt aan haar 'realiteit': 'Ik ben slecht; ik mag er niet zijn'. Zij heeft niet gewoon het 'gevoel' dat ze er niet mag zijn, voor haar is het zo. Pogingen van anderen (bijvoorbeeld haar groepsgenoten) om haar van iets anders te overtuigen en om een ander perspectief, gevoel of idee naast haar overtuiging te plaatsen ervaart zij als pogingen om haar te misleiden, dat wil zeggen: als leugens. Zij is gevangen in de realiteit van één visie: wat zij denkt en voelt, is waar.

Teleologische interpretatie

In een niet-mentaliserende toestand worden het gedrag en de intenties van anderen op een andere manier geïnterpreteerd. Het gedrag van de ander wordt niet meer gementaliseerd, dat wil zeggen: begrepen als gevolg van (niet-rechtstreeks zichtbare of kenbare) gevoelens, gedachten en overtuigingen. In emotioneel geladen interacties wordt een beroep gedaan op een ander, ontwikkelingsmatig ouder mechanisme voor het begrijpen van gedrag: teleologische interpretatie. De daden van de ander worden dan uitsluitend begrepen in termen van hun zichtbare, *fysieke* eindresultaat. Enkel een wijziging op het terrein van het fysieke wordt beschouwd als een echt 'bewijs' van de intenties van de ander.

Een mooi voorbeeld hiervan zien we bij Oskar in een interactie met zijn moeder. Hij is ervan overtuigd dat zijn moeder zijn vader helemaal niet mist. Dat leidt hij rechtstreeks af uit haar gedrag (Foer, 2005, p. 185):

'Ik mis papa.'

'Ik ook.'

'Echt?'

'Natuurlijk.'

'Maar méén je dat ook?'

'Wat is dat nou voor vraag?'

'Het lijkt namelijk net of je hem niet erg mist!'

'Hoe bedoel je?'

‘Je weet best wat ik bedoel.’

‘Nee.’

‘Ik hoor je lachen.’ (...)

‘Ik huil ook wel veel, hoor.’

‘Ik zie je niet veel huilen.’

‘Misschien omdat ik niet wil dat je me veel ziet huilen.’

‘Waarom niet?’

Ze zegt hem dat ze wil dat zij verder kunnen met hun leven. Voor hem is dat niet te begrijpen, want te complex. Hij wil verdere bewijzen van haar verdriet:


‘Hoeveel huil je dan?’

‘Hoeveel?’

‘Een lepel vol? Een kopje? Een badkuip? Alles bij elkaar opgeteld.’

‘Zo werkt het niet.’

‘Wat werkt zo niet?’

Bij An zien we een andere vorm van teleologische interpretatie. Uit het *effect* dat het gedrag van de ander op haar heeft, leidt ze direct diens bedoelingen af. Er is geen ruimte voor andere mogelijke verklaringen; die zouden vereisen dat ze zich een voorstelling maakt van de gevoelens, overtuigingen en verlangens van de ander. Zo kan ze geen alternatieve hypothesen creëren over de gevoelens en motieven die haar partner ertoe kunnen gebracht hebben om haar zo plots aan te vallen en af te wijzen. Zijn kritische woorden ‘bewezen’ dat zij niets waard is. Ook in de groep kan er maar één mogelijke verklaring zijn voor de kwaadheid van Karin: An voelt zich door Karin afgewezen, *dus* Karin wilde haar afwijzen. An voelt zich gekwetst, *dus* Karin wilde haar kwetsen . Er is geen ruimte voor andere mogelijkheden, waarvoor een beroep gedaan zou moeten worden op mentalisering.

Therapeutische implicaties

Deze drie kenmerken van niet-mentaliserend functioneren – gebrekkige representatie en differentiatie van gevoelens, beleving in de modus van psychische equivalentie en een teleologische interpretatie van gedrag – maken dat An als het ware *gevangen* is in een bepaalde ervaringswijze waarin ze overgeleverd is aan beangstigende ervaringen die *te* reëel zijn. *Vóór* het mogelijk is om andere betekenissen en bedoelingen aan haar gedrag toe te schrijven en *vóórdat* ze bereikbaar is voor andere interventies waarmee men kan proberen hetzij haar op de traditionele manier te ondersteunen, hetzij samen met haar te gaan zoeken naar de onderliggende dynamieken van haar gedrag (dus inzicht na te streven), moet er eerst iets anders gebeuren. De therapeut moet intreden in haar belevingswereld en moet zich haar

geest, zoals die nu functioneert, ‘voor de geest houden’ – anders zal de therapeut voor haar ‘ongelooflijk ver weg’ zijn.

Het eerste doel in de daaropvolgende individuele gesprekken en in andere therapiemodaliteiten is niet het ‘stoppen’ van haar gedrag of het geven van ‘inzicht’ in haar gedrag, maar het herstel van haar vermogen om te mentaliseren (Bateman & Fonagy, 2004, 2006). Ik beschrijf om dit proces te illustreren – in brede trekken – het verloop van de daaropvolgende drie individuele psychotherapeutische gesprekken.

De eerste stap in het herstel van het vermogen om te mentaliseren is de poging om samen met de patiënt te komen tot een zo juist mogelijke *benoeming* en daardoor *representatie* van de *gevoelens*. Dit is in zekere zin wat Oskar – imaginair – wil bereiken met zijn speciale douche: proberen te komen tot een zo juist mogelijke (h)erkenning en benoeming van de gevoelens en de veranderingen daarin. Niet het *gedrag* van An wordt als uitgangspunt voor het gesprek genomen; er wordt gefocust op haar mentale ervaring voor, tijdens en na het gebeuren met haar partner (en later in de groep). Ik mag er daarbij niet van uitgaan dat ze wel ‘weet’ wat ze voelde – en ook niet dat ik dat zou weten. Ik maak duidelijk dat we dat samen moeten uitzoeken, om op die manier bij haar een *onderzoekende houding te bevorderen*.

An begint het gesprek met: ‘Ik heb fantasieën dat ik Peter [haar partner] vermoord’. Ik negeer dat en laat haar beschrijven wat Peter dat weekend precies deed en zei. Dan richt ik haar met explorerende vragen op haar gevoelens en de veranderingen daarin: ‘Toen Peter dat zei, wat gebeurde er toen precies in jou, wat voelde je, wat dacht je toen?’ Ik vraag haar hulp om tot de juiste benoeming van haar gevoelens te komen. Mijn eigen begrip daarvan kwalificeer ik als onzeker: ‘Is het juist dat je je eerst erg verward ging voelen, en dat je iets later pas een heel sterke woede voelde opkomen? Ging het zo?’

Als An zelf gevoelens, vooral boosheid en woede, snel gaat benoemen, dan vraag ik of er misschien andere gevoelens aan dat gevoel voorafgingen, zoals angst, verwarring of schaamte. Ik probeer haar gevoelens zo veel mogelijk te verbinden met gedachten en overtuigingen:

‘Dus toen je dacht: “die gaat me verlaten, en dan sta ik er helemaal alleen voor” en je je daardoor erg angstig ging voelen, werd je toen plots heel boos en begon je hem verwijten naar zijn hoofd te gooien?’

De gedachten en gevoelens die ze uitdrukt, probeer ik haar terug te *spiegelen* op een gemarkeerde manier, dat wil zeggen: met een lichte overdrijving of kleine wijzigingen. Op die manier wordt de affectrepresentatie bevorderd: dit is wat ik voel, en het is een *gevoel*.

In dit stadium is het belangrijk je te onthouden van elk commentaar of van elke interpretatie of verbinding met andere dingen, uit een recent of verder verleden. Je gaat als het ware mee *met* haar ervaring, zonder iets te zeggen *over* haar ervaring. Je benadrukt wél steeds dat je spreekt over gevoelens, gedachten en overtuigingen, en dat die samenhangen, met respect voor haar beleving daarvan als realiteiten:

‘Als ik het goed begrijp, was het toen Peter zei dat je hem al vijf jaar de duvel aandoet dat je plots *dacht*: “Zie je wel, ik ben slecht”. En dan was je ervan *overtuigd* dat hij je zou verlaten: “Die bolt het af, zeker weten”, en toen werd je heel *bang* omdat je *dacht* dat niemand het ooit bij jou zou uithouden en dat gaf je het *gevoel* dat niets nog zin had? Daar ben je dan heel

zeker van, honderd procent, dat is *de* waarheid, en iedereen die iets anders durft zeggen, is een leugenaar.’

Dergelijke interventies herstellen het contact, en maken denken weer mogelijk. Als ik haar gevoel van zinloosheid (ietwat versterkt) benadruk, zegt ze:

‘Ja, zo voel ik dat, maar het rare is dat ik dan toch naar hier kom om erover te spreken, dus een beetje zin moet er toch overgebleven zijn.’ Ik zeg ‘hé ja, dat is juist – als je honderd procent zeker zou zijn, dan zou je niet komen.’ En ik merk bij mezelf op: haar reflectief vermogen begint zich te herstellen.

Bij heel dit onderzoek naar de samenhang tussen gebeurtenissen en haar mentale ervaring daarvan probeer ik op geen enkel moment het perspectief van An – haar manier van voelen en denken en hoe ze situaties interpreteert – uit te dagen. Als de patiënt in een toestand van hoge *arousal* is (en dus in een niet-mentaliserende toestand), moet je *meegaan met de beleving* van *psychische equivalentie* en met de *teleologische interpretatie* van het gedrag van anderen. Ik maak haar duidelijk dat haar gedrag (zich terugtrekken en afsluiten van anderen, haar weglopen uit de groep, haar vraag om etumine enzovoort) voor mij begrijpelijk is gezien haar gevoelens en overtuigingen:

‘Ik kan begrijpen dat als je denkt – nee, als je er zéker van bent dat Karin je helemaal afwijst, je wegloopt uit de groep.’

Pas wanneer duidelijk is dat zij zich hierdoor voldoende begrepen en daardoor veiliger voelt en haar reflectievermogen zich lijkt te herstellen (als ze haar gevoelens voldoende herkent als gevoelens) wordt een uitdagender benadering mogelijk, in een poging om haar te bevrijden uit de realiteit van één visie en van een teleologische tot een intentionele (mentaliserende) houding te brengen.

‘Ik kan begrijpen hoe je ertoe kwam om te denken dat Peter jou niet meer moest ... maar nu ik erover verder denk, zijn er misschien ook andere mogelijke verklaringen voor zijn gedrag op dat moment? Hoe denk je dat hij zich op dat moment voelde, wat zou er eigenlijk met hem aan de hand geweest zijn? Je zei vorige keer dat hij zo lief was de laatste tijd.’

Het is belangrijk hierbij zo *neutraal* mogelijk te blijven, vooral als je zelf andere mogelijke perspectieven aanbrengt, en altijd te vragen wat de patiënt daarover denkt. Het gaat er niet om *de* waarheid te vinden, wel om zich verschillende manieren voor te stellen waarop anderen kunnen denken en voelen – waarom mensen doen wat ze doen. Ze zegt uiteindelijk dat ze denkt dat Peter zich heel erg ‘overvraagd’ voelt door de recente verbouwing van hun huis, daarvan misschien wil vluchten en daarom hun relatie gaat afbreken – dan kan hij weg zonder gezichtsverlies.

Nadat we op deze manier samen haar gedrag en dat van anderen zo goed mogelijk hebben gementaliseerd (dat wil zeggen: begrepen vanuit mogelijke gedachten en gevoelens van alle betrokkenen), kan het onderzoek uitgebreid worden naar andere aspecten. Ik kan nu bijvoorbeeld meer rechtstreeks ingaan op haar *gedrag*. In eerste instantie ga ik niet op zoek naar vermeende – al dan niet bewuste – motivaties of intenties van haar gedrag. An trekt zich terug uit echte interactie met anderen, hoort niet meer wat anderen zeggen, zoekt bewijzen voor haar overtuigingen, neemt een beschuldigende houding aan, vraagt dringend etumine om zich te verdoven... Vanuit een mentaliserend perspectief richt je je in eerste instantie op de

mogelijke *functies* die dit gedrag voor de patiënt zelf kan hebben. Bateman en Fonagy (2004) zien dergelijk gedrag meestal als een poging van de patiënt om zich opnieuw te *stabiliseren*, de *controle* te herwinnen en een – zij het illusoir – gevoel van *veiligheid* te creëren. Het gedrag wordt zo veel mogelijk benoemd als een poging tot *zelfbescherming* van een geest die zich bedreigd voelt.

Ik vraag An dus onder meer wat volgens haar maakte dat ze in de groep zo sterk ging vasthouden aan haar overtuiging ‘Ik mag er niet zijn voor jullie’ en zich dan afsloot voor wat anderen daarover zeiden. Ze zegt in eerste instantie dat ze dat toen echt zo voelde: ‘En hoe kan je nu twijfelen aan iets dat zo echt is?’ Bij verdere bevraging zegt ze ook dat die gedachte voor haar zo vertrouwd is. Ik vraag haar: ‘En dus ook op een of andere manier duidelijk en veilig, hoe vreselijk het ook voelt? Zou dat kunnen, denk je? Je bent eerst helemaal in verwarring en dan plots is alles heel helder?’ ‘Kristalhelder is het,’ zegt ze, ‘ik ben slecht, en dus word ik afgewezen en bestraft en mag ik er niet zijn.’

Hier zie je wat vaak gebeurt wanneer het mentaliseren stopt – de patiënt, die in verwarring raakt over mentale toestanden in zichzelf en anderen, grijpt terug op vertrouwde, rigide schema’s van relaties en raakt zo uit haar verwarring, herstabiliseert zich op deze manier. We kunnen zo begrijpen hoe An hardnekkig en op een bijna paranoïde wijze zoekt naar ‘bewijzen’ voor de afwijzende houding van anderen. Zij ‘weet’ het daarmee weer en kan zich dus beschermen.

Verder in het gesprek bedenken we samen dat het zich afsluiten van anderen, de dwingende vraag naar etumine en de drang om te vertrekken wanhopige pogingen zijn om zich minder kwetsbaar te gaan voelen en om controle te herwinnen door alles en iedereen ‘uit te sluiten’. ‘Dat is iets wat we eigenlijk al kennen,’ zeg ik dan. ‘Weet je nog dat we enkele weken geleden hebben bedacht dat je je, als je helemaal niet meer weet wat ik over jou denk en je daar verward door raakt, helemaal afsluit voor wat ik zeg en het zelfs bijna niet meer hoort? Dan lukt het je om – ook zonder etumine – jezelf te verdoven en zo te beschermen.’

Voor het eerst leg ik hier een verbinding: ‘Dat lijkt een beetje hetzelfde als toen...’. De bedoeling is om *patronen* te identificeren en daardoor het gedrag een breder perspectief te geven, een overdrachtspectief zo u wilt, zonder het te benoemen als een herhaling van iets uit een verder verleden.

Ik leg ook een verbinding met een eerdere situatie in de groep, toen een medepatiënte haar zei: ‘Ik ervaar jou dikwijls als niet echt, als nep’. ‘Je raakte helemaal verward door wat ze zei, je sloot je af en luisterde niet meer naar wat ze er verder over wou zeggen en je ging toen ook zo vasthouden aan “Ik mag er niet zijn voor jou”. Je werd bozer en bozer en begon haar verwijten te maken en toen ben je ook weggegaan, een hele week zelfs.’

De bedoeling hier is om haar reflectie op haar gedrag uit te breiden: telkens wanneer ik zoiets voel (verwarring), ga ik me zo gedragen (afsluiten en aanvallen) en dat heeft voor mij die functie (controle en veiligheid herstellen).

In het geval van An moet er nog verder gedacht en onderzocht worden. Wat hier gebeurt, maakt deel uit van een steeds terugkomend *relationeel patroon*. Ze ‘koos’ niet toevallig een partner die haar regelmatig plots en op een extreme manier volledig afwijst. Ze neigt er nu en dan toe dit relatieparadigma op de afdeling – vooral met medepatiënten, soms ook met begeleiders – te herhalen. In dit geval lokt ze door haar ‘onredelijke’ gedrag afwijzing uit van

een medepatiënte. Karin zegt na de groepstherapie dat ze het gedrag van An meer dan beu is, dat ze het wat haar betreft ‘mag afbollen, als dat is wat ze wil’. De herhaling van patronen in relaties, waarbij een ander dwingend in een bepaalde rol wordt geplaatst en waarbij hem specifieke gevoelens, overtuigingen en intenties worden toegeschreven – met het gevolg dat die ander zich uiteindelijk daadwerkelijk op die manier gaat voelen en gedragen –, doet vanuit het perspectief van mentaliseren denken aan een externalisering van het ‘oneigen zelf’ (*alien self*). De thematiek van oneigen zelfdelen (zelfervaringen die de patiënt als binnen zichzelf beleeft, maar die afkomstig zijn van niet-afgestemde reflecties van de verzorger) is belangrijk voor een goed begrip van borderlinegedrag en -dynamieken. De patiënt heeft het nodig, echt *nodig*, om een ander buiten zichzelf iets te laten voelen, doen of zeggen omdat hij het dan niet meer zo sterk in zichzelf ervaart, als iets dat hem van binnenuit lijkt aan te vallen.

Ik beschreef hoe An bij anderen vaak afwijzende reacties lijkt uit te lokken. Ik moet me dan ook de vraag stellen of ze dit mogelijk (onbewust) nodig heeft om zo binnenin zichzelf van iets (zelfhaat? zelfafwijzing?) verlost te worden. Wanneer de ‘bestrafing’ voor haar goede gevoelens en hoopvolle verwachtingen van iemand anders komt, dus buiten zichzelf beleefd wordt, dan kan ze dat over zich heen laten gaan of ertegen vechten. Het is dan niet langer een *innerlijk* gevecht tussen een deel van zichzelf (haar ‘echte’ zelf) dat bestaansrecht voelt en het andere deel in zichzelf dat zegt dat ze beter niet zou bestaan en dat ze slecht is (de oneigen zelfervaring, afkomstig van haar moeder). Een aanknopingspunt hiervoor vind ik als we verder ingaan op die hardnekkige gedachte van haar: ‘Ik ben slecht, ik moet gestraft worden’, die haar altijd weer de das lijkt om te doen op momenten dat ze iets positiefs hoopt of verwacht. Ik zeg dat ik soms de indruk heb dat ze het op die momenten niet anders *wil* zien. En dat het dan wel lijkt alsof ze anderen er heel erg van probeert te overtuigen dat ze niets waard is, tot die haar op den duur écht beu worden. Dat brengt haar bij een herinnering, die ze voor het eerst vertelt:

‘Als kind dacht ik elke dag bij het opstaan: vandaag gaat er iets heel ergs gebeuren; moeder zal weer razend worden en zeggen dat ik de nagel aan haar doodskist ben en er beter niet was geweest. En ik zal slaag krijgen.’ ‘Zo maakte je het voorspelbaar,’ zeg ik. Dan zegt zij: ‘En weet je, als het dan niet gebeurde, dan lokte ik het soms uit: ik kon moeder het bloed van onder de nagels halen, en dan sloeg en verwenste ze me. Ik liet het dan over me heen gaan. Ik had het verdiend, vond ik.’ Ik zeg: ‘Ik dat kan begrijpen; soms kan er beter iets pijnlijks gebeuren dan dat je er de hele tijd bang voor hoeft te zijn. En een verdiende straf krijgen lijkt misschien minder erg dan wanneer het onverdiend gebeurt.’ Ik zeg verder: ‘Blijkbaar is het zo’n gevecht in je geworden tussen een deel van jezelf dat er mag zijn en een deel dat de hele tijd in je lijkt te roepen dat je slecht bent en dat je er niet mag zijn, dat het beter gaat voelen wanneer iemand anders tegen je zegt dat je er niet mag zijn. Misschien heb je het *nodig* dat iemand dat zegt. Dan kan je ertegen in gevecht gaan, of ervan gaan lopen, of het over je heen laten komen. En dan voelt het eventjes niet als een gevecht in jezelf.’ ‘Ik weet niet goed of ik je helemaal begrijp,’ zegt ze, ‘maar het voelt wel juist.’ ‘Wat herken je ervan?’ ‘Op de ene of andere verwrongen manier voelt afgebroken worden of geslagen worden voor mij veilig,’ zegt ze.

Aan het verdere verloop van deze gesprekken zie je dat het hier om een patiënte gaat die al een hele weg heeft afgelegd; het gaat niet altijd zo vlot. We kunnen hier ook bouwen op een lange geschiedenis; zij was toen dit alles zich voordeed acht maanden bij ons aan het werk. Bij de aanvang van deze gesprekken leek ze echter weer even helemaal bij het beginstadium van haar behandeling aanbeland te zijn: het bouwen aan het vermogen om ook in emotioneel geladen situaties iets van het vermogen om te mentaliseren te behouden is een lange en

moeizame weg, met veel terugval en herhaling van telkens hetzelfde. Elke keer moet je weer helemaal opnieuw beginnen en aansluiten bij het niveau van mentaliseren van de patiënt op dat moment.

Definitie van het therapeutische proces

Mijn verhaal over An kan de indruk wekken dat een focus op mentaliseren vooral nuttig is om *crisissen* te ‘bezweren’, waarna het ‘echte’ werk verder gaat. Wellicht gaat het hier echter om het *essentiële mechanisme van verandering* bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek: het herstel van het vermogen om te mentaliseren in de context van hechtingsrelaties, en dus in toestanden van verhoogde *arousal*. In klinische psychotherapie wordt op velerlei manieren tegelijkertijd het gehechtheidssysteem geactiveerd én het mentaliseren gestimuleerd, in de eerste plaats gewoon doordat de hulpverleners voortdurend interesse tonen in de mentale ervaring van de patiënt. Fonagy en Bateman beschrijven dit proces in hun laatste teksten vooral in termen van een verandering in hersencircuits (zie onder meer Fonagy & Bateman, 2006). In termen van hersenactiviteiten wordt in de therapie een paradoxale situatie gecreëerd, doordat het gehechtheidssysteem en het systeem betrokken bij mentalisering elkaar wederzijds afremmen. De patiënt wordt – door de doorgedreven mentaliserende houding van de hulpverleners – aangemoedigd om mentalisering niet los te laten bij verhoogde gehechtheid en *arousal* en om ook in die omstandigheden een onderzoekende en reflecterende houding aan te nemen. Een versterkt vermogen om te mentaliseren zorgt ervoor dat het vermogen om veilige gehechtheidsrelaties aan te gaan bevorderd wordt. Hierdoor kan de hyperactivering van het gehechtheidssysteem geleidelijk afnemen en wordt mentaliseren een meer vanzelfsprekende, robuuste verworvenheid die bestand is tegen een ‘stootje’.

Een ander misverstand over het therapeutische proces is dat je de patiënt zou kunnen ‘leren’ om te mentaliseren, dat het gaat om een ‘*vaardigheid*’ die ‘getraind’ kan worden. An is echter doorgaans (in affectief neutralere situaties) zeer goed in staat om te mentaliseren. Het moet haar dus niet ‘geleerd’ worden. Maar haar vermogen om te mentaliseren lijkt als het ware in te storten wanneer zij zich relationeel onveilig voelt en dus in een toestand van verhoogde emotionele *arousal* verkeert. Het gaat om een dieper proces, dat verbonden is met gehechtheid en met diepgewortelde onveiligheid. De essentie van verandering heeft dan ook te maken met de gehechtheidsrelatie die ontstaat met de hulpverleners. Die zal, onvermijdelijk, voor de patiënt diepgaand (gedesorganiseerd) onveilig zijn. Het is de taak van de hulpverleners om deze relatie voor de patiënt ‘veiliger’ te maken. Zij doen dit in de eerste plaats door voortdurend zelf, impliciet en expliciet, een mentaliserende houding aan te nemen tegenover de patiënt. Dat kan enkel als de hulpverleners er telkens weer in slagen om de focus niet te richten op het gedrag van de patiënt en de gewenste veranderingen daarin, maar wel op de gevoelens, gedachten en verlangens die mogelijk verklaren wat de patiënt zegt en doet. Het is dus niet zozeer nodig dat de patiënt ‘leert’ te mentaliseren, als wel dat de hulpverleners zelf ‘leren’ om voortdurend een mentaliserende houding tegenover de patiënt aan te nemen, tegen alle druk in die uitgaat van het gedrag van de patiënt. Het mentaliseren van de hulpverlener is een noodzakelijke voorwaarde voor de ontwikkeling van het vermogen om te mentaliseren van de patiënt. De patiënt moet een beeld van zichzelf als voeler van gevoelens, denker van gedachten en verlanger van verlangens kunnen vinden in de geest van de hulpverleners, om dit beeld geleidelijk aan te kunnen opnemen als deel van zijn zelfervaring.

En de 'traumaverwerking'?

Ik begon met het verhaal van Oskar Shell en zijn onvermogen om het traumatische verlies van zijn vader te verwerken en zijn eigen gedrag op het moment van de ramp te mentaliseren. Doorheen de roman wordt duidelijk hoe zijn hele innerlijke wereld is georganiseerd geraakt rond de ramp en mogelijke rampzaligheden. Wanneer hij op een dag zijn grootmoeder niet kan vinden, bedenkt hij allerlei mogelijke rampscenario's:

'Ik deed mijn best iets optimistisch te bedenken. Maar de pessimistische gedachten waren extreem luid' (Foer, 2005, p. 253).

De wereld is voor hem een complexe en gevaarlijke plek geworden, waarover hij elk gevoel van beheersing heeft verloren.

Veel patiënten met persoonlijkheidsproblemen willen in een therapie vooral 'het verleden verwerken'. Dat is, gezien hun voorgeschiedenis, vaak begrijpelijk en legitiem. Maar focussen op het verleden leidt doorgaans niet tot verandering, zelfs vaak tot een verslechtering van de toestand van de patiënt. Oskars grootvader verwoordt dit krachtig:

'[D]e afstand die zich tussen mij en mijn geluk nestelde was niet de wereld, niet de bommen en brandende gebouwen, het was ik zelf, mijn gedachten, de kanker van niet kunnen loslaten, is onwetendheid zalig, ik weet het niet, maar het doet zoveel pijn om na te denken, en zeg eens, wat heeft nadenken me ooit opgeleverd, wat ben ik nou eenmaal wijzer geworden van al dat nadenken? Ik denk en ik denk en ik denk, ik heb me talloze keren uit een toestand van geluk gedacht, maar ik heb mezelf nog nooit in een toestand van geluk gedacht' (Foer, 2005, p. 29).

De nadruk in de therapie moet liggen op *huidige mentale toestanden* en op de manier waarop die beïnvloed blijven door gebeurtenissen uit het verleden, eerder dan op het verleden zelf. De echte vraag is wat, in het heden, maakt dat die gebeurtenissen nog zo'n doordringende invloed hebben. De nadruk bij de interventie ligt op hoe de patiënt zich probeert te stabiliseren door 'terug te grijpen' naar gekende relatieschema's. An had een moeder die haar vaak plots en onredelijk, met veel psychisch én fysiek geweld, aanviel. Ik kan daarnaar verwijzen om zo te 'verklaren' waarom de aanval van haar partner nu zo'n invloed heeft op haar, en het verbinden met het gebeuren in de groep. Maar dat maakt nog niet begrijpelijk waarom dat hier en nu gebeurt, en waarom het telkens opnieuw gebeurt. De thematiek van het oneigen zelf (weliswaar afkomstig van, onder meer, haar moeder) is wat maakt dat ze hier en nu probeert zich te stabiliseren door het externaliseren van belevingen die deel zijn geworden van haarzelf. Dat is een *dynamiek in het heden*, en daarop moet in eerste instantie gefocust worden. Het is belangrijk om steeds, vanuit het spreken over het verleden, terug te keren naar een poging om beter te begrijpen wat er in het heden gebeurt.

Slot

Het zou fout zijn de kleine Oskar te zien als een patiënt met persoonlijkheidsproblemen. Zijn verhaal kan gelezen worden als de weergave van zijn pogingen om een traumatisch verlies te mentaliseren; het is een verslag van een moedige poging tot zelfgenezing. Hij krijgt weliswaar soms hulp van buitenaf, van de verhalen van anderen die hij bestoekt met 'waarom-vragen' over hun eigen gedrag en reacties in moeilijke omstandigheden. Wanneer Oskars vader is omgekomen, keert grootvader terug naar New York. Oskar weet niet dat het zijn grootvader

is, voor hem is hij de huurder van grootmoeder. Hij zoekt hem op en probeert ook hem zijn verhaal te ontlocken. Grootvader weert dit aanvankelijk af: 'Ik weet niet wat mijn verhaal is,' schrijft hij (hij spreekt immers niet). Hij ontdooit geleidelijk wanneer hij ziet hoe Oskar zoekt en lijdt, en hij schrijft hem stukken van 'zijn verhaal' – onder meer dat hij wegluchtte toen hij een kind zou krijgen. Oskar begrijpt dat niet, blijft vragen: 'Waarom?' Uiteindelijk schrijft grootvader:

'Ik was bang.' 'Waarvoor?' vraagt Oskar. 'Bang om hem te verliezen,' schrijft grootvader (Foer, 2005, p. 342).

Oskars vermogen om te mentaliseren is zich tegen het einde van het boek aan het herstellen. Hij vindt ook het slot dat hoort bij de mysterieuze sleutel van zijn vader, al brengt dit hem niet echt een antwoord op zijn vraag. Maar misschien geven grootvaders woorden hem wel een hint. Misschien nam hij destijds de telefoon niet op omdat hij bang was. Waarvoor? Bang om zijn vader te verliezen. Dat is een perspectief dat zijn gedrag voor hemzelf misschien – een beetje – begrijpelijk maakt én dat niet al te negatief is. Daarnaast zijn ook onze patiënten wellicht in de eerste plaats op zoek.

Dit artikel verscheen eerder in Tijdschrift voor Psychotherapie, 33 (Januari 2007), p. 6-22.

LANDELIJKE DAG VMPD 5 OKTOBER 2007

Dit jaar staat het landelijk congres van de VMPD, de Vereniging van Medewerkers in Psychiatrische Deeltijdbehandeling, in het teken van het 25-jarig bestaan. Het centrum voor deeltijdbehandeling “De Bremmele”, onderdeel van Mediant GGz Enschede, is de organiserende instelling. Denkend over een passend thema kwamen een aantal begrippen en vragen naar voren: **tijd, cultuur, groepen, mentaliteit en de verschuivingen** daarin. Wat zijn de verschuivingen in onze cultuur in de afgelopen tijd, hoe zijn onze verhoudingen ten opzichte van elkaar veranderd, zijn er andere groepen ontstaan, zijn er verbanden vervallen, moeten we andere vormen van behandeling toepassen om nieuwe uitingsvormen van psychopathologie het hoofd te bieden? Wat hebben we zelf nodig als behandelteams en wat zijn nieuwe behandeltechnieken? Wat is de plaats van de deeltijdbehandeling?

Ad Verbrugge zal in zijn lezing ‘*Groepsvorming in tijden van individualisering een probleem?*’ ingaan op de specifieke culturele context waarbinnen het werk op het gebied van de GGZ plaatsvindt. Daarbij staat de vraag centraal welke problemen meekomen met het moderniseringsproces van individualisering en subjectivering, zowel wat betreft de stoornissen van patiënten en de behandeling daarvan, als de wijze waarop mensen binnen organisaties samenwerken.

Joost Baneke bespreekt in zijn lezing ‘*Het oog van de ander over mentaliseren, groepsprocessen en cultuur*’ enkele aspecten van het vermogen tot mentaliseren in relatie tot therapeutische en culturele groepsprocessen. In de psychische ontwikkeling speelt het contact tussen de eerste opvoeder(s) en het kind een belangrijke rol. Hoe de ander kijkt, accepterend of afwijzend, heeft waarschijnlijk een grote invloed op de manier waarop het mentaliserend vermogen van een baby gevormd wordt, en daarmee op de manier waarop anderen in het algemeen worden ervaren – ook op veel latere leeftijd. Mentaliseren is het vermogen gevoelens, overtuigingen, gedachten en andere mental states te hebben, zowel over de eigen persoon, als over de ander. Het oog van de ander, de blik van de ander, hecht zich als het ware definitief aan de manier waarop het kind over zichzelf en de ander gaat denken, voelen en verlangen. Hoe iemand zich gezien weet of meent door de ander, bepaalt ook hoe die persoon zich in een groep zal voelen of gedragen.

In ‘*Het kompas en zijn streken*’ zal **Myriam van Gael** uiteenzetten hoe mentaliseringsprocessen een team kunnen richten, ondanks 1001 culturen en mentaliteiten. De op mentalisering gebaseerde benadering biedt een coherente visie op de moeilijkheden van patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek en op de wijze waarop deze in de behandeling kunnen worden aangepakt. Vanuit dit model kunnen ook belangrijke ideeën worden afgeleid over de manier waarop met en in het team gewerkt kan worden en hoe kan worden omgegaan met de verdeeldheid veroorzakende krachten die in elk team aanwezig zijn.

Tot slot zal **Roelof Wolters** in ‘*Lang leve de Deeltijdbehandeling!*’ kort stilstaan bij de geschiedenis van de deeltijdbehandeling in Nederland: van grenzeloos en doelloos naar modulair los zand. Geëindigd wordt met de kracht van een goed opgezette deeltijdbehandeling en de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar deeltijdbehandeling.

Afsluitend een feestelijke borrel met muzikale omlijsting. We wensen u een leerzame en inspirerende dag!

Frank van Baar
Yvonne van Doorn
Marille van de Kolk

Congres vrijdag 5 oktober 2007 Theaterhotel Almelo

09.00 - 09.45 uur	ONTVANGST EN INSCHRIJVING met koffie en Twentse krentewegge
09.45 – 09.50 uur	OPENING door de dagvoorzitter: Frank van Baar
09.50 – 09.55 uur	WOORD van de voorzitter van de VMPD: Roelof Wolters
09.55 – 10.35 uur	GROEPSVORMING IN TIJDEN VAN INDIVIDUALISERING Een probleem? Ad Verbrugge
10.35 – 11.05 uur	HET OOG VAN DE ANDER Over mentaliseren, groepsprocessen en cultuur Joost Baneke
11.05 – 11.30 uur	PAUZE
11.30 – 12.15 uur	HET KOMPAS EN ZIJN STREKEN Over hoe mentaliseringsprocessen een team kunnen richten, ondanks 1001 culturen en mentaliteiten Myriam van Gael
12.15 – 12.45 uur	LANG LEVE DE DEELTIJDBEHANDELING Van grenzeloos en doelloos naar modulair los zand Roelof Wolters
12.45 – 13.00 uur	LEDENVERGADERING VMPD
12.45 – 13.30 uur	LUNCH
13.30 – 14.45 uur	WORKSHOP Ronde 1
14.45 – 15.00 uur	PAUZE
15.00 – 16.15 uur	WORKSHOP Ronde 2
16.15 – 16.30 uur	PLENAIRE AFSLUITING
16.30 – 17.30 uur	FEESTELIJKE BORREL

Locatie: Theaterhotel Almelo, Schouwburgplein 1, 7607 AE Almelo

Informatie en inschrijving:
Congrescommissie; telefoon 053 – 486 22 55
E-mail: ympdcongres@mediant.nl

Mededelingen

Op 1 november a.s. organiseert de Vereniging voor Klinische Psychotherapie, in samenwerking met het Centrum voor Psychotherapie van de Gelderse Roos, een studiemiddag te Lunteren met als thema **“Valt er nog wat te voelen?”**
VMPD leden zijn welkom.

Programma:

13.30 uur	ontvangst met koffie en thee
14.00 uur	welkom en opening door Anke Meerman, manager-psychotherapeut van de CvP van de Gelderse Roos
14.05-14.15 uur	filmisch portret van P.C. Hoofdprijswinnaar Rutger Kopland, alias van emeritus hoogleraar Rudy van den Hoofdakker
14.15-15.45 uur	Als het intuïtieve weten zijn vorm vindt Door Monique Gerritsen en Henk Smeijsters
15.15-15.45 uur	Beeldend werken als therapie: playing with reality (Bateman & Fonagy), een methodische manier van denken, door Jojanneke Hamming
15.45-16.00 uur	pauze
16.00-16.30	discussie in subgroepen aan de hand van stellingen/vragen
16.30-17.00	vragen/commentaar aan de sprekers
17.00	afsluiting en borrel

Informatie: receptie CvP, tel. 0318-572141.