

## **Mentaliseren**

Patrick Luyten<sup>1,2,3</sup> & Liesbet Nijssens<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>KU Leuven, België

<sup>2</sup>University College London, UK

<sup>3</sup>De Viersprong, Nederland

Aangeboden ter publicatie voor: *handboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie*

*Correspondentie:*

Prof dr Patrick Luyten

Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

KU Leuven

Tiensestraat 102 postbus 3722

3000 Leuven

Tel: 016/32 61 35

e-mail: [patrick.luyten@kuleuven.be](mailto:patrick.luyten@kuleuven.be)

## **Samenvatting**

Mentaliseren of reflectief functioneren verwijst naar de capaciteit om jezelf en anderen te begrijpen in termen van interne mentale toestanden. Mentaliseren is een koepelterm die verwante begrippen omvat, waaronder Theory of Mind (ToM), empathie en mindfulness. De capaciteit tot mentaliseren is essentieel om te kunnen functioneren in onze sociale maatschappij. Omdat mentaliseren zulke fundamenteel menselijke capaciteit is, spelen tijdelijke of meer permanente verstoringen in deze capaciteit een rol in nagenoeg alle emotionele en gedragsproblemen. Verstoringen in de capaciteit tot mentaliseren vormen dan ook een transtheoretische en transdiagnostische kwetsbaarheidsfactor voor psychopathologie. In dit hoofdstuk beschrijven we de ontwikkeling van de capaciteit tot mentaliseren in de kindertijd en adolescentie aan de hand van onderzoeksbevindingen. Vervolgens gaan we dieper in op het spectrum van mentaliserend-bevorderende preventie- en interventieprogramma's en hun effectiviteit. We sluiten deze bijdrage af met een samenvatting van de basishouding en typische interventies die aan de basis liggen van alle mentaliserend-bevorderende interventies.

### **Leerdoelen:**

- Welke rol speelt de capaciteit tot mentaliseren in kwetsbaarheid voor psychopathologie in de kindertijd en adolescentie?
- Hoe ziet de ontwikkeling van mentaliseren er concreet uit in de kindertijd?
- Welke types van ineffectief mentaliseren kan je onderscheiden?
- Welke factoren beïnvloeden de capaciteit tot mentaliseren in de adolescentie?
- Wat zijn de basisprincipes van mentaliserend-bevorderende interventies?

### **Oefenvragen**

1. Wat zijn de types van pre-mentaliserende modi?

Antwoord: psychische equivalentiemodus, teleologische modus en alsof-modus.

2. Wat zijn de twee belangrijke omgevingsfactoren die het mentaliseervermogen van kinderen bepalen?

Antwoord: De capaciteit van ouders tot gemarkeerd spiegelen en het creëren van een gezinsklimaat waarin aandacht voor mentale toestanden (gedachten, gevoelens, wensen en verlangens), centraal staat.

3. Is er een verband tussen gehechtheid in de kindertijd en epistemisch vertrouwen?

Antwoord: Ja, kinderen die opgroeien met veilige gehechtheidsfiguren hebben gemiddeld genomen meer kans om epistemisch vertrouwen te ontwikkelen: hun gehechtheidsfiguren worden doorgaans door het kind beleefd als beschikbare en betrouwbare ‘gids’ in de wereld. Wanneer kinderen opgroeien in een onveilige gehechtheidscontext dienen ze vaak epistemisch wantrouwen ten opzichte van anderen te ontwikkelen als overlevingsstrategie. Ze ‘leren’ immers dat anderen niet altijd betrouwbaar zijn, ook niet inzake de kennis die ze aanreiken, en dat ze daarom op zichzelf aangewezen zijn bij het maken van keuzes in hun leven.

## **Inleiding**

Mentaliseren of reflectief functioneren verwijst naar de capaciteit om jezelf en anderen te begrijpen in termen van interne mentale toestanden. Deze capaciteit lijkt een vrij uniek kenmerk van de menselijke soort, die grotendeels afwezig is in andere diersoorten waaronder ook primaten. Mentaliseren is immers gebaseerd op gedeelde aandacht ('joint attention') en de capaciteit tot 'we-ness', de capaciteit om samen te werken op basis van een gedeeld begrip van elkaar en de ons omgevende (sociale) context (Luyten, Campbell, Allison, & Fonagy, 2020). Mentaliseren is een koepelterm die verwante begrippen omvat, waaronder Theory of Mind (ToM), empathie en mindfulness (Luyten, Malcorps, Fonagy, & Ensink, 2019). Elk van die begrippen verwijst naar bepaalde aspecten of subdimensies van mentaliseren. Het concept ToM, bijvoorbeeld, legt het accent vooral op de cognitieve capaciteit tot mentaliseren met betrekking tot anderen, terwijl empathie vooral focust op de affectieve kant van mentaliseren met betrekking tot anderen. Mindfulness gaat dan weer vooral over het kunnen richten van de aandacht op de eigen interne wereld. Mentaliseren is daarom een paraplueterm (zie Tabel 1) omdat het concept verwijst naar zowel cognitieve als affectieve aspecten van de interne wereld van zowel zelf als anderen, en gebaseerd kan zijn op zowel interne (bv. de wensen of verlangens van anderen) als externe (bv. gelaatsexpressies) kenmerken van anderen. Mentaliseren kan ook meer gecontroleerd verlopen, waarbij we bewust kunnen stilstaan bij wat wij of anderen denken of voelen, maar verloopt in het dagelijkse leven vaak automatisch, zonder (veel) bewuste aandacht of inspanning, met alle mogelijke vertekeningen tot gevolg (Luyten & Fonagy, 2015).

De capaciteit tot mentaliseren is essentieel om te kunnen functioneren in onze sociale maatschappij. Zonder deze capaciteit zijn we grotendeels afgesloten van anderen. Kinderen en jongeren met ernstige vormen van autisme bijvoorbeeld begrijpen onze sociale wereld niet

omdat ze slechts een heel beperkt beeld kunnen vormen van de interne wereld van zichzelf en anderen. Omdat mentaliseren zulke fundamenteel menselijke capaciteit is, spelen tijdelijke of meer permanente verstoringen in deze capaciteit een rol in nagenoeg alle emotionele en gedragsproblemen in het internaliserende en externaliserende spectrum en ook in het spectrum van denkstoornissen (Hutsebaut, Nijssens, & van Vessem, 2021; Luyten et al., 2020). Zo heeft onderzoek ondertussen het belang van problemen met mentaliseren bij depressie en angst in de kindertijd en adolescentie genoegzaam aangetoond (Luyten & Fonagy, 2018), maar ook bijvoorbeeld bij gedragsstoornissen (Fonagy & Luyten, 2018; Taubner, Gablonski, & Fonagy, 2019) en psychose (Debbané et al., 2016). Verstoringen in mentaliseren zijn dan ook een transtheoretische en transdiagnostische factor in het begrijpen van kwetsbaarheid voor psychopathologie.

In dit hoofdstuk staan we eerst stil bij de ontwikkeling van mentaliseren en daarbij aansluitend de capaciteit tot epistemisch vertrouwen (het vermogen om te vertrouwen dat anderen kennis kunnen hebben die betrouwbaar en voor jouw persoonlijk relevant is). We gaan vervolgens in op de rol van mentaliseren in de adolescentie en de invloed van toenemende eisen inzake autonomie, sociale relaties en lichamelijke ontwikkelingen op de mentaliseercapaciteit. Van hieruit wordt de link gemaakt naar het belang van vroeginterventie en geven we een overzicht van mentaliserend-bevorderende programma's in de kindertijd en adolescentie, gevolgd door een beschrijving van de basishouding en interventies die helpen het mentaliseren bevorderen. Consistent met de transdiagnostische focus van dit hoofdstuk, illustreren we de concepten en bevindingen aan de hand van verschillende klinische beelden.

## **De ontwikkeling van mentaliseren**

Mensen worden niet geboren met een volledig ontwikkelde capaciteit tot mentaliseren. We dienen deze capaciteit doorheen ons leven continu te ontwikkelen (Hutsebaut et al., 2021; Luyten et al., 2020). Onderzoek toont aan dat de basis voor deze ontwikkeling ligt in vroege gehechtheidsrelaties en de ouderlijke capaciteit tot mentaliseren. Hierbij spelen twee processen een belangrijke rol, namelijk gemarkeerd spiegelen van de interne mentale toestanden door gehechtheidsfiguren enerzijds (Fonagy, Gergely, & Target, 2007) en het creëren van een gezinsklimaat waarin er aandacht is voor interne mentale toestanden anderzijds (Devine & Hughes, 2018; Zeegers, Colonnese, Stams, & Meins, 2017). Meteen wordt daarbij ook de rol duidelijk van bredere socioculturele factoren, zoals de buurt en de bredere gemeenschap waarin kinderen opgroeien. Hoewel ouders een belangrijke rol kunnen spelen in de ontwikkeling van mentaliseren, zoals ook blijkt uit de sterke relatie tussen het reflectief vermogen van ouders en hun kinderen, vormt ouderlijk reflectief functioneren slechts een deel van de puzzel. Andere factoren zoals temperament en socioculturele factoren (bijvoorbeeld peers en school) zijn eveneens belangrijk in de ontwikkeling van mentaliseren en, nauw daarmee verbonden, de capaciteit tot epistemisch vertrouwen.

Het belang van gemarkeerd spiegelen binnen veilige hechtingsrelaties kan niet onderschat worden als basis voor de ontwikkeling van mentaliseren. Binnen een veilige hechtingsrelatie ervaart het opgroeiende kind immers niet alleen dat zorgfiguren betrouwbaar, responsief en beschikbaar zijn voor emotionele steun en zorg. Dergelijke relaties bieden ook de beste context om te leren over je eigen emoties en die van anderen. Baby's kennen immers emoties zoals blijheid, angst, boosheid en verdriet niet. Ze beleven gevoelstoestanden in de eerste plaats als lichamelijke toestanden die gepaard gaan met algemene gevoelens van lust/onlust en zelfs nog meer basaal als spanning/ontspanning. We hebben mentaliserende ouders nodig om ons te 'leren' wat die gevoelstoestanden betekenen: dat we ons blij, boos of angstig voelen. Dit proces verloopt via interacties waarin hechtingsfiguren deze gevoelstoestanden congruent en

gemarkeerd spiegelen. Congruent betekent dat de reactie van de ouder ook effectief aansluit bij de ervaring van het kind, bijvoorbeeld door middel van de gezichtsuitdrukking en de intonatie. Moeder trekt bijvoorbeeld grote ogen en drukt haar verwondering uit met een lange reeks “ooohs” als het kind verbaasd is over iets. Gemarkeerd betekent dat de hechtingsfiguur een onderscheid maakt tussen de ervaring van het kind en haar eigen ervaring (ze ‘markeert’ het onderscheid). Dat gebeurt typisch door een wat overdreven of uitvergrote mimiek, of subtiele variaties in de intonatie. Hierdoor leert het kind niet alleen zijn eigen ervaringen kennen, herkennen en benoemen (‘Ah, dit is boosheid’), maar krijgt het ook de boodschap dat gevoelens en gedachten betekenis kunnen krijgen, dat je erover kan en mag communiceren en dat ze gereguleerd kunnen worden. Door herhaalde ervaringen van gemarkeerd spiegelen in de context van ervaringen met hechtingsfiguren die zelf een voldoende capaciteit tot mentaliseren hebben, ontwikkelt het kind zelf de capaciteit tot mentaliseren.

De capaciteit tot ouderlijk mentaliseren speelt hierbij dus een belangrijke rol (Luyten, Mayes, Nijssens, & Fonagy, 2017). Een eerste belangrijk en essentieel kenmerk van adaptief ouderlijk mentaliseren is de mate waarin ouders in staat om echt *nieuwsgierig* te zijn naar mentale toestanden van hun kind voorbij het concrete gedrag. Dergelijke houding is erg validerend voor het ontwikkelende kind: er is iemand die nieuwsgierig is naar wat er in me leeft, die me de moeite waard vindt en die me helpt om te gaan met dingen die voor mij moeilijk zijn. Anders uitgedrukt: het kind voelt zich gementaliseerd. Zo wordt de basis gelegd voor emotieregulatie en vooral voor de capaciteit tot co-regulatie van emoties: dat je, als je het moeilijk hebt, beroep kan en mag doen op anderen en dat dat helpend kan zijn. Hiermee wordt ook de basis gelegd voor epistemisch vertrouwen. Kinderen leren dat anderen, in de eerst plaats hechtingsfiguren, kennis kunnen aanreiken die betrouwbaar is en die daadwerkelijk op jezelf van toepassing is. Heel veel van onze jonge patiënten (en vaak ook hun ouders) hebben hiermee moeite. Zoals we zo dadelijk zullen zien hebben zij een geschiedenis gekenmerkt door de afwezigheid van



veilige hechting en ervaringen van gemarkeerd spiegelen. Hierdoor hebben ze vaak ook weinig vertrouwen ontwikkeld in anderen, wat tot uiting komt in epistemische waakzaamheid of zelfs epistemische petrificatie: ze vertrouwen de kennis die anderen aanreiken helemaal niet. Zeker in deze tijden van *fake news* en samenzweringstheorieën voelen zij zich vaak bevestigd in hun wantrouwende houding ten opzichte van kennis die aangereikt wordt door anderen, inclusief de kennis die hen wordt aangereikt door hulpverleners. Dit maakt de ontwikkeling van een veilige therapeutische relatie en dus effectieve behandeling vaak moeilijk tot onmogelijk. Het is belangrijk te beseffen dat dit een begrijpelijke adaptatiestrategie is: als je opgroeit in een weinig mentaliserend klimaat waarin je anderen niet kon vertrouwen, is het erg begrijpelijk dat deze houding zich veralgemeent. Waarom zou je de mening van anderen (bv. over hoe je je kinderen best opvoedt of hoe je kan omgaan met gevoelens van depressie) vertrouwen, als je nooit het gevoel hebt gehad dat anderen je de moeite vonden en je hen kon vertrouwen? Soms gaat dit ook gepaard met het zich angstvallig vastklampen aan anderen die men kritiekloos vertrouwt (epistemische naïviteit), wat dan weer aanleiding kan geven tot een herhaling van misbruik door anderen die hier handig gebruik van maken. Hier toont zich dan ook het belang van een familiale context waarin er aandacht is voor mentale toestanden en waarin ouders hierdoor als een betrouwbare ‘gids’ worden ervaren in het leven van het opgroeiende kind. Daarbij dienen we de nodige aandacht te besteden aan de bredere context, zoals de buurt en de bredere gemeenschap en socio-culturele context, die mee een bepalende invloed kan hebben op de ontwikkeling van mentaliseren en epistemisch vertrouwen. Opnieuw: als je opgroeit in een gevaarlijke buurt, gekenmerkt door geweld en verwaarlozing, is het erg begrijpelijk dat je zo weinig mogelijk wil stilstaan bij de mentale toestanden van jezelf en anderen en is het ook begrijpelijk dat je anderen niet vertrouwt.

Een tweede belangrijk kenmerk van adaptief ouderlijk mentaliseren is een *niet-wetende, zoekende houding*. Mentale toestanden zijn niet rechtstreeks observeerbaar en je kan dus in

feite nooit zeker zijn wat je kind denkt of voelt. Het is daarom essentieel om je als ouder bewust te zijn dat wat je denkt fout kan zijn: als ouder dien je open te staan voor verrassingen en zeker naarmate je kind ouder wordt, betekent mentaliseren over je kind vooral samen mentaliseren. Uiteraard mag die onzekerheid niet verlamvend werken: je leert de *mind* van je kind immers beter en beter kennen naarmate je samen meer tijd doorbrengt. Maar ook dan dien je rekening te houden met het feit dat je je kan vergissen. Veel ouders zijn ofwel te onzeker ofwel te zeker over wat er omgaat in hun kind. Terwijl de eerste houding vaak aanleiding geeft tot verwarring in het kind ('hoe kan ik mezelf kennen als ook mijn moeder het niet weet'), geeft de tweede houding vaak aanleiding tot zogenaamd intrusief mentaliseren, waarbij het kind zich niet begrepen en gehoord voelt en daarenboven het gevoel ontwikkelt dat het geen eigen gedachten of gevoelens mag hebben.

Tenslotte wordt adaptief ouderlijk mentaliseren gekenmerkt door de *afwezigheid van maladaptieve negatieve attributies* met betrekking tot de interne wereld van het kind. Vele moeders zullen ongetwijfeld wel eens verzucht hebben waarom hun kind net heel moeilijk doet op het ogenblik dat schoonouders op bezoek komen. Maar wat kenmerkend is voor sommige ouders is dat ze denken dat hun kind dit opzettelijk doet. Dergelijke maladaptieve negatieve attributies kunnen de relatie met het kind ernstig verstoren. Het kind wordt dan gezien als een stoorzender die telkens opzettelijk moeilijk doet, die belangrijke levensdoelen in de weg staat ('als ik hem niet had, was ik nu gelukkig') of in het algemeen een hinderpaal is ('Ik vind nooit nog een nieuwe partner, ze is zo moeilijk als ik een relatie heb met een andere man'). Hierdoor wordt het proces van spiegelen vaak ernstig verstoord, waardoor het kind allerlei ongementaliseerde gevoelens ontwikkelt ('ik wil enkel het beste voor mijn moeder, maar ze moet mij niet, ik ben duidelijk slecht'), die vervolgens constante druk uitoefenen tot externalisatie ('anderen hebben het altijd slecht met mij voor') dan wel naar zichzelf gericht te worden ('Ik zal mezelf snijden, dan is het duidelijk dat ik slecht ben'). Hierdoor dreigt ook een

spiraal van hertraumatisering en revictimisering doordat men dit patroon dreigt te herhalen in latere relaties (Luyten & Fonagy, 2019). Recent onderzoek in de context van trauma toont aan dat adaptief ouderlijk reflectief functioneren een belangrijke buffer vormt tegen de effecten van trauma op de socio-emotionele ontwikkeling van kinderen van getraumatiseerde ouders (Berthelot et al., 2021). Dit opent belangrijke perspectieven naar preventie en interventie.

Het is belangrijk om in deze context op te merken dat ouderlijk mentaliseren ook onder druk kan komen te staan zonder een eigen problematische hechtingsgeschiedenis. Wie geconfronteerd wordt met een moeilijk te reguleren kind en/of belangrijke negatieve levensgebeurtenissen zoals een scheiding, ziekte of problemen op het werk, ervaart moeilijkheden om het mentaliserend vermogen op peil te houden.

Wat ook de reden is, verstoringen in mentaliseren kunnen we onderverdelen in drie types die in feite teruggaan op manieren van het beleven van de eigen interne wereld of die van anderen die voorafgaan aan de capaciteit tot mentaliseren. In die zin kennen we allemaal deze zogenaamde ‘prementaliserende’ modi: we vallen er immers op terug wanneer we onze mentaliseercapaciteit verliezen.

De eerste vorm, *de psychisch equivalente modus*, houdt in dat wat je denkt en voelt gelijkgesteld wordt met de werkelijkheid: “Ik denk dat ik lelijk ben, dus ik ben lelijk”, of “ik denk dat je iets tegen me hebt, dus je hebt iets tegen me”. In deze modus maken we vaak heel snel interpretaties over onze eigen mentale toestanden en/of die van anderen, zonder dat we ons er nog bewust van zijn dat het ‘maar’ interpretaties zijn. Het gaat hier om een tekort aan mentaliseren of hypomentaliseren: de werkelijkheid wordt gereduceerd tot een eenvoudige ‘waarheid’ zoals typisch naar voren komt uit het gebruik van woorden als: “altijd, nooit, iedereen, niemand” of dooddoeners als: “hij kan er niets aan doen, hij is altijd zo geweest”. De reactie van anderen, inclusief helaas ook vaak hulpverleners, is dat ze het oneens zijn met

dergelijke uitspraken en in een discussie terecht komen, waardoor de patiënt zich nog minder begrepen voelt.

In een *teleologische modus*, de tweede pre-mentaliserende modus, bestaat er enkel doelgericht gedrag (van het Grieks telos = doel). De complexiteit van onze denk- en gevoelswereld wordt gereduceerd tot fysiek gedrag of observeerbare feiten die ons gedrag beïnvloeden. Ontwikkelingspsychologisch is dit een belangrijke modus bij kinderen om de realiteit te begrijpen: ‘In het donker ben ik bang omdat ik niet zie dat er geen spoken zijn, kan daarom het licht niet aan blijven?’ of ‘Als je me graag ziet mama, dan blijf je nu hier’. Wanneer ons mentaliseervermogen onder druk komt te staan, fungeren we vaak opnieuw in deze modus. Sociale media kunnen dit erg in de hand werken: het tienermeisje vreest dat haar vriendje haar niet meer graag ziet ‘omdat hij mij al een uur geen tekstberichtje heeft gestuurd’. De teleologische modus kan je samenvatten als ‘eerst zien, dan geloven!’. Deze modus kan ook erg actief worden in relatie tot de hulpverlener: de jongen met somatische klachten wil medicatie omdat hij ervan overtuigd is dat enkel daardoor zijn klachten kunnen verminderen, een angstig meisje wil dat de afspraak verlengd wordt, zo niet ‘weet ik zeker dat je als therapeut niet om mij geeft’. Hulpverleners gaan als reactie hierop ook vaak in een teleologische modus: ‘ik moet iets concreet *doen* om de patiënt te helpen’.

In de *pretend of alsof-modus*, tenslotte, beginnen gedachten en gevoelens grotendeels en soms compleet los van de realiteit te functioneren. De patiënt verliest zich dan in hypermentaliseren: een kleine kwinkslag van iemand leidt tot urenlang rumineren over de mogelijke betekenis ervan. In een alsof-modus ontstaan ook typisch gevoelens van leegte: ervaringen voelen ongrijpbaar en ‘onecht’ of betekenisloos aan. Dit kan in extremis aanleiding geven tot dissociatie waarbij de patiënt niet meer voelt wat er aan het gebeuren is. Wanneer de patiënt in een alsof modus functioneert, hebben hulpverleners vaak de neiging om af te haken: ze dromen

weg of voelen zich verveeld of geïrriteerd omdat ze zich niet echt kunnen inleven in het verhaal van de patiënt.

Pre-mentaliserendi modi leiden tot nog meer ongementaliseerde gevoelens: de patiënt weet niet goed wat hij voelt, voelt zich leeg, geïrriteerd of boos, wat leidt tot een tendens om deze ongementaliseerde gevoelens te externaliseren (de jongen die zich depressief voelt maar niet goed weet waarom, voelt zich meer en meer kwaad worden en reageert die boosheid af op anderen ‘die toch niets om hem geven’) of op zichzelf te richten (het jonge meisje met eetproblemen kan haar gevoelens van minderwaardigheid niet ‘oplossen’ door minder te eten, wat haar heel boos maakt en ze ageert deze gevoelens van boosheid uit door in haar armen te krassen). Deze tendens tot externaliseren leidt ook typisch tot de nood aan het vinden van anderen om deze ongementaliseerde gevoelens ‘onder te brengen’: men heeft bijvoorbeeld een ‘vijand’ nodig omdat sterke gevoelens van boosheid anders het zelf van binnenuit dreigen te vernietigen.

### **Mentaliseren in de adolescentie**

Zoals gezegd stopt de ontwikkeling van mentaliseren niet in de kindertijd en spelen heel wat andere factoren dan gehechtheid en ouderlijk mentaliseren een rol in de verdere ontwikkeling van deze capaciteit. Het wordt steeds duidelijker dat de adolescentie een belangrijk scharnierpunt vormt in deze ontwikkeling, wat ook deels verklaart waarom psychologische stoornissen vaak pas ontstaan in deze periode. De adolescentie is immers de periode bij uitstek waar het vermogen tot mentaliseren ernstig onder druk komt te staan, onder andere door uitdagingen op het vlak van zowel autonomie/identiteit als relaties. Bovendien komen deze uitdagingen op een ogenblik dat ook het lichaam belangrijke veranderingen ondergaat en er belangrijke reorganisaties plaatsvinden van neurale structuren die betrokken zijn bij de

capaciteit tot mentaliseren, de regulatie van stress en emoties en het beloningssysteem (dat vooral betrokken is bij de ontwikkeling van gehechtheidsrelaties en gevoelens van autonomie) (Luyten & Fonagy, 2018). Dit alles zet het mentaliseren nog meer onder druk in de adolescentie, wat aanleiding kan geven tot tal van psychische klachten of stoornissen.

Verminderd mentaliseren in de adolescentie wordt in belangrijke mate gekleurd door vertekeningen in de beleving van het eigen lichaam en dat van anderen. Denk bijvoorbeeld aan de rol van psychische equivalentie in verband met het eigen lichaam en eetstoornissen ('ik ben moddervet, niemand wil mij'), depressie ('het is allemaal hopeloos, ik ben voor niemand aantrekkelijk), angst ('ik ben helemaal alleen op de wereld'), zelfverwondend gedrag ('ik ben slecht en zal eens tonen hoe slecht ik ben') of functioneel somatische klachten ('een virus of bacterie bedreigt mijn lichaam van binnenin'). Dit kan vervolgens leiden tot (het verlangen naar) allerlei lichaamsmodificaties in teleologische modus (de adolescent die zich een identiteit aan wil meten door het dragen van bepaalde kleren bijvoorbeeld). In de alsof-modus kunnen adolescenten zich dan weer verliezen in allerlei fantasieën over zichzelf en het eigen lichaam en/of dat van anderen, zeker nu de beschikbaarheid van de 'zwarte spiegel' van de smartphone of tablet zo sterk is toegenomen. Vooral bij reeds kwetsbare jongeren komt het mentaliseervermogen, vooral in verband met de eigen lichamelijke, ernstig onder druk te staan. De adolescentie gaat dan ook vaak gepaard met een soort van 'reward depletion' syndroom: alles lijkt nutteloos en zinloos, niets leidt nog tot een 'thrill'. Omwille van de ontluikende seksualiteit en toegenomen fysieke kracht en mogelijkheden tot autonomie, moeten de prikkels die opgezocht worden steeds intenser zijn om nog een gevoel van opwinding of geluk te genereren. Allerlei gevaarlijk gedrag (zoals roekeloos rijden, vandalisme, zelfverwondend gedrag, druggebruik) heeft als functie die gevoelens van leegte tegen te gaan en een gevoel van autonomie en zelfwaarde te produceren. En net omdat de capaciteit tot abstract denken en mentaliseren in de adolescentie toeneemt, neemt ook de

capaciteit toe om te beseffen dat een ander, meer opwindend leven weliswaar mogelijk is, maar ook onwaarschijnlijk. In onze cultuur hebben we ook steeds minder rituelen die de overgang van kind naar adolescent en van adolescent naar volwassene helpen te reguleren (denk maar aan de rol in vele andere culturen van rituele tatoeages in de adolescentie of het moeten bewijzen van fysieke maturiteit). Daardoor dienen adolescenten hun eigen ‘rituelen’ uit te vinden, hierin opnieuw geholpen door sociale media. Het probleem hiermee is echter dat het niet gaat om gedeelde rituelen en ze dus hun effect meestal missen, zeker op de lange termijn.

### **Vroeginterventie en effectiviteitsstudies**

De afgelopen decennia zijn er een hele reeks universele en meer gerichte mentaliserend bevorderende preventieve, out-reachende programma's ontwikkeld, vooral bij at-risk ouders en hun kinderen, waaronder ouders met middelenmisbruik en pleeg- en adoptieouders. Voor jonge kinderen (tot 5 jaar) ligt de focus vooral op het bevorderen van het ouderlijk reflectief vermogen. Enkele voorbeelden van interventieprogramma's zijn: MBT-P, MBT-P Lighthouse, Parents First, Minding the Baby, Reflective Parenting, New Beginnings en het Mothers and Toddlers Program for substance abusing mothers (Oehlman Forbes, Lee, & Lakeman, 2021). Daarnaast zijn specifieke en vaak langerdurende behandelingen ontwikkeld voor kinderen (zoals MBT-K voor 5 tot 12-jarigen), adolescenten (zoals MBT-early en MBT-A voor 12 tot 18-jarigen), waarbij de focus ligt op het verbeteren van het mentaliserend proces bij zowel het kind als de ouders (Hutsebaut, Feenstra, Keur, Schäfer, & Bales, 2017; Midgley, Ensink, Lindqvist, Malberg, & Muller, 2017; Redfern et al., 2018).

Recente meta-analyses en kwalitatieve reviews ondersteunen de effectiviteit van deze programma's (Byrne, Murphy, & Connon, 2020; Midgley, Sprecher, & Sled, 2021), maar verder onderzoek naar de lange termijneffecten is nodig. Bovendien is meer onderzoek nodig

naar factoren die effectiviteit bepalen. Hiervoor zijn meer grootschalige studies vereist. Tenslotte dient meer onderzoek te gebeuren naar de kosteneffectiviteit en implementatie in de routine zorg van deze interventies.

### **De mentaliserende basishouding en interventieprincipes**

Alle mentaliserend-bevorderende programma's bij kinderen richten zich op drie gerelateerde belangrijke pijlers: het versterken van aandachtscontrole, emotieregulatie en het mentaliserend vermogen. Dit komt ook de cognitieve ontwikkeling ten goede. Centraal hierbij staat de aandacht voor de ontwikkeling van autonomie en het 'ik'. Bij jongeren en adolescenten komt hierbij bovendien de aandacht voor lichaamsgericht mentaliseren en identiteitsontwikkeling meer algemeen.

In deze programma's staat bovendien de aandacht voor de bredere socio-culturele context centraal. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het betrekken van school, maar ook ouderbegeleiding of systeeminterventies waarbij het ouderlijk reflectief vermogen centraal staat. Kinderen ontwikkelen zich immers in een context en hun mentaliserend vermogen (en epistemisch vertrouwen) zijn in belangrijke mate afhankelijk van die bredere context.

Bij het bevorderen van ouderlijk mentaliseren zal de hulpverlener zich vooral richten op het stimuleren van een nieuwsgierige basishouding bij ouders ten aanzien van de interne belevingswereld van hun kind, gekoppeld aan gepaste onzekerheid en bescheidenheid met betrekking tot die mentale toestanden. Een mentaliserende basishouding houdt dus in dat je wil begrijpen waarom dit kind, op dit ogenblik, dit gedrag vertoont: wat denkt en voelt dit kind wat zijn gedrag nu verklaart?



Een belangrijk interventieprincipe hierbij is de sterke proces-focus, die erop gericht is het proces van mentaliseren eerst te herstellen, bevorderen en stabiel te maken, vooraleer meer inhoudelijk te werken. Het versterken van iemands mentaliseercapaciteit (of dit nu een kind, jongere, of ouder betreft) heeft daarom als typisch vertrekpunt het ogenblik dat de capaciteit tot mentaliseren wegvalt. Het is dan zaak om dat mentaliseervermogen te herstellen. Dat kan bijvoorbeeld door interventies als stop-and-rewind (terugkeren tot de patiënt wel kon mentaliseren) en dan de emotionele context te exploreren die leidde tot het verlies van mentaliseren. Variaties daarvan zijn stop-and-stand (je blijft stilstaan bij wat er aan het gebeuren is en wil dit begrijpen in termen van de onderliggende mentale toestanden). Mentaliserend-bevorderende interventies zijn daarbij typisch kort en gericht op het onderliggende affect ('wat voelde je toen?') en sluiten zo kort mogelijk aan bij de bewuste beleving van het kind, jongere of oudere. Wanneer het mentaliseren wegvalt, kunnen interventies immers snel als te moeilijk, aanvallend of intrusief beleefd worden. Om het mentaliseren te bevorderen is het dan ook belangrijk om het spanningsniveau nauwkeurig in de gaten te houden, ook aan de hand van eventuele lichamelijke signalen van spanning. Loopt de spanning immers te hoog op, dan wordt mentaliseren moeilijk tot onmogelijk. Bij heftige, ongementaliseerde emoties doen validerende, empathisch spiegelende interventies de spanning dalen, waardoor de mogelijkheid tot mentaliseren toeneemt en er epistemisch vertrouwen ontstaat ('Ze is echt in mij geïnteresseerd'): Vervolgens kan je samen beginnen denken over hoe je een bepaalde situatie of gebeurtenis ook anders zou kunnen ervaren.

Tot slot is mentaliseren altijd in zekere zin gedoemd te mislukken. Mensen begrijpen elkaar niet altijd en dus is het belangrijk om ook dat een onderdeel te maken van het samen mentaliseren: dat je je kan vergissen en dat het dus belangrijk is om aan te geven wanneer je je onbegrepen voelt. Dergelijke 'rupture-and-repair' ervaringen zijn onvermijdelijk en essentieel om samen een proces aan te gaan dat gericht is op het verbeteren van mentaliseren.

## **Discussie en conclusies**

In dit hoofdstuk vatten we kort de huidige kennis over de ontwikkeling van de capaciteit tot mentaliseren of reflectief functioneren samen. Deze vrijwel uniek menselijke capaciteit, die complexe niveaus van communicatie en samenwerking tussen mensen mogelijk maakt, kan door een samenspel van biologische en psychosociale factoren ernstig verstoord geraken. Aangezien het gaat om zulke fundamentele capaciteit in onze sociale wereld, vormen verstoringen in deze capaciteit een belangrijke transtheoretische en transdiagnostische kwetsbaarheidsfactor voor psychopathologie. Onderzoek heeft ondertussen genoegzaam de rol van verstoringen in mentaliseren in emotionele en gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten aangetoond. Deze bevindingen beklemtonen het belang van vroeginterventie. Tal van mentaliserend-bevorderende interventies zijn ondertussen ontwikkeld en op hun effectiviteit onderzocht. Zeker in vergelijking met gelijkaardige interventies bij volwassenen is echter nog meer onderzoek nodig naar hun (kosten)effectiviteit bij kinderen, jongeren en hun ouders. Gezien hun transtheoretisch en transdiagnostisch karakter vormen ze een beloftevolle aanvulling bij het huidig beschikbaar arsenaal van behandelmethodes in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

## **Personalia**

**Prof. dr. Patrick Luyten** is als hoogleraar verbonden aan de Onderzoekseenheid Klinische Psychologie van de KU Leuven en het Research Department of Clinical, Educational, and Health Psychology, University College London (UK). Hij is ook als Visiting Research Scholar verbonden aan het Yale Child Study Center in de Verenigde Staten. Zijn onderzoek richt zich voornamelijk op stoornissen uit het affectieve spectrum. Daarnaast doet hij onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen. In beide onderzoeksdomeinen is hij actief in zowel meer fundamenteel onderzoek als in onderzoek naar de effectiviteit van psychologische behandelingen overheen het hele spectrum van interventies, gaande van kortdurende (online) behandelingen voor depressie tot langerdurende psychotherapie bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en kinderen en jongeren met traumaproblematiek.

**Liesbet Nijssens** is klinisch psycholoog en psychoanalytisch psychotherapeut. Sinds 2007 werkt ze als MBT (Mentalization Based Treatment) therapeut bij de Viersprong in Bergen op Zoom. Ze is geregistreerd als supervisor en leertherapeut bij de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie (VVPT) en is door het Anna Freud National Centre for Children and Families (AFNCCF, London) gecertificeerd MBT trainer en supervisor. In die hoedanigheid is ze verbonden aan expertisecentrum 'MBT Nederland' en 'MBT België'. Daarnaast heeft ze een actieve rol bij het begeleiden van zorginstellingen die een MBT behandeling willen implementeren. Bijzondere aandacht in haar werk gaat uit naar het ondersteunen van prille ouders met persoonlijkheidsproblemen en het versterken van het ouderlijk mentaliseren. In 2010 ontwikkelde ze MBT-Parents (MBT-P), een behandelmodule voor ouders met een borderline persoonlijkheidsstoornis en hun jonge kinderen. Als promovendus bij de onderzoeksgroep Klinische Psychologie van de KU Leuven, doet ze onderzoek naar het mentaliserend vermogen van ouders en hoe dit samenhangt met de ontwikkeling van kinderen.

**Tabel 1.**

**De vier dimensies van mentaliseren**

<b>Dimensies</b>	<b>Kenmerken</b>	<b>Neurale circuits</b>
<b>Automatisch</b>	Onbewuste, parallelle, snelle	amygdala
	verwerking van sociale	basale ganglia
	informatie die reflexief is en	ventromediale prefrontale
	weinig inspanning, gerichte	cortex (VMPFC)
	aandacht of intentie vereist;	laterale temporale cortex
daarom vatbaar voor	(LTC)	
<b>Gecontroleerd</b>	vervormingen, vooral in	dorsale anterieure cingulate
	moeilijke interpersoonlijke	cortex (dACC)
	situaties	
	Bewuste, verbale en	lateraal prefrontale cortex
	reflectieve verwerking van	(LPFC)
	sociale informatie. Is sterk	mediale prefrontale cortex
	afhankelijk van aandacht en	(MPFC)
	taal	laterale parietal cortex
		(LPAC)
		mediale parietal cortex
	(MPAC)	
	mediale temporale lob	
	(MTL)	
	rostrale anterieure cingulate	
	cortex (rACC)	

<b>Intern</b>	Zichzelf en anderen begrijpen door een directe focus op wat jezelf of anderen denkt of voelt	Mediaal frontoparietaal netwerk (meer gecontroleerd)
<b>Extern</b>	Zichzelf of anderen begrijpen op basis van uiterlijke kenmerken (zoals gezichtsuitdrukkingen, houding en prosodie)	Laterale frontotemporoparietaal (meer automatisch)
<b>Zelf-Ander</b>	Zelfde netwerk ondersteunt het vermogen om te mentaliseren over zichzelf en anderen	Gedeeld representatie systeem (meer automatisch) versus attributiesysteem voor mentale representaties (meer gecontroleerd)
<b>Cognitief-Affectief</b>	Mentaliseren kan zich richten op meer cognitieve kenmerken (meer gecontroleerd), zoals perspectief nemen, versus meer affectieve kenmerken (meer automatisch), zoals empathie	prefrontale cortex versus VMPFC

## Literatuur

- Berthelot, N., Savard, C., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Ensink, K., & Godbout, N. (2021). Development and validation of a self-report measure assessing failures in the mentalization of trauma and adverse relationships. *Child Abuse & Neglect*, 105017. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105017>
- Byrne, G., Murphy, S., & Connon, G. (2020). Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25, 1022-1048. doi: 10.1177/1359104520920689
- Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida Tozzi, A., . . . Brent, B. K. (2016). Attachment, Neurobiology, and Mentalizing along the Psychosis Continuum. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10 doi: 10.3389/fnhum.2016.00406
- Devine, R. T., & Hughes, C. (2018). Family correlates of false belief understanding in early childhood: A meta-analysis. *Child Development*, 89, 971-987. doi: 10.1111/cdev.12682
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 288-328.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Conduct problems in youth and the RDoC approach: A developmental, evolutionary-based view. *Clinical Psychology Review*, 64, 57-76. doi: 10.1016/j.cpr.2017.08.010
- Hutsebaut, J., Feenstra, D., Keur, E., Schäfer, B., & Bales, D. (2017). Tijdig herkennen en behandelen van borderlineproblematiek bij jongeren met MBT-early. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 43, 330-344.
- Hutsebaut, J., Nijssens, L., & van Vessem, M. (2021). *De kracht van mentaliseren*. Amsterdam: Boom.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297-325. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 6, 366-379.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach. *Clinical Psychology Review*, 64, 87-98. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.008
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2019). Mentalizing and trauma. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed., pp. 79-99). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed., pp. 37-62). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS ONE*, 12, e0176218. doi: 10.1371/journal.pone.0176218
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., & Muller, N. (2017). *Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Midgley, N., Sprecher, E. A., & Slead, M. (2021). Mentalization-Based Interventions for Children Aged 6-12 and Their Carers: A Narrative Systematic Review. *Journal of*

*Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 1-21. doi:  
10.1080/15289168.2021.1915654

- Oehlman Forbes, D., Lee, M., & Lakeman, R. (2021). The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: A scoping review. *Psychotherapy*, 58, 50-67. doi: 10.1037/pst0000341
- Redfern, S., Wood, S., Lassri, D., Cirasola, A., West, G., Austerberry, C., . . . Midgley, N. (2018). The Reflective Fostering Programme: Background and development of a new approach. *Adoption and Fostering*, 42, 234-248. doi: 10.1177/0308575918790434
- Taubner, S., Gablonski, T.-C., & Fonagy, P. (2019). Conduct disorder. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed., pp. 301-321). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Zeegers, M. A. J., Colonna, C., Stams, G. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143, 1245-1272. doi: 10.1037/bul0000114