

The background is a solid teal color. Overlaid on this are two stylized, light teal silhouettes of human figures. One figure is on the left, facing right, and the other is on the right, facing left. They are positioned behind the main title text.

Jaap  
Spaans

Mmv Stanneke Lunter  
en voorwoord van  
Nelleke Nicolai

# LICHAAMS GERICHT MENTALISEREN

Gids voor  
de klinische  
praktijk

LANNOO  
CAMPUS

# Lichaamsgericht mentaliseren

Gids voor de klinische praktijk

Jaap Spaans

**LANNOO**  
CAMPUS

*Lichaamsgericht mentaliseren is een 'must read' voor elke professional die patiënten met (ernstige) SOLK behandelt. De methode (I-mbt) is ontwikkeld bij het hoogspecialistische ggz (TOPGGz) centrum Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Het multidisciplinaire perspectief komt ook aan bod, waardoor hulpverleners van uiteenlopende disciplines veel aan dit boek zullen hebben.*

– Drs. Ellen S.G. Mogendorff, directeur Stichting Topklinische ggz (TOPGGz)

*Lichaamsgericht mentaliseren staat in de Zorgstandaard SOLK als behandeloptie voor mensen met ernstige SOLK genoemd. In dit goedgegeschreven boek treft de lezer een uitgebreide theoretische onderbouwing van deze multidisciplinaire behandeling aan en, niet onbelangrijk, een goed uitgewerkt overzicht van hoe deze behandeling toe te passen, gelardeerd met aansprekende voorbeelden. Een aanrader voor iedereen die mensen met ernstige SOLK begeleidt.*

– Prof. dr. Henriëtte van der Horst, hoogleraar huisartsgeneeskunde, destijds voorzitter van de werkgroep die de huidige zorgstandaard SOLK opstelde

# Inhoud

Voorwoord 9

Auteur en medewerkers 11

## DEEL I – INTRODUCTIE EN THEORIE 13

### 1 Inleiding 14

- 1.1 Het innerlijk als een fysieke ervaring 14
- 1.2 Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten 15
- 1.3 De ontwikkeling van lichaamsgerichte mentalisatie bevorderende therapie (L-MBT) 15
- 1.4 Verschillen met MBT 16
- 1.5 De psychodynamische traditie in denken over lichaam en geest 17
- 1.6 Over dit boek 18

### 2 Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten 21

- 2.1 Terminologie 21
- 2.2 Prevalentie 23
- 2.3 (Zeer) ernstige SOLK 23
- 2.4 Theoretische modellen 25
- 2.5 In stand houdende factoren 28
- 2.6 Behandeling van SOLK 29
- 2.7 Tot slot 30

### 3 Lichaamsmentaliseratie 31

- 3.1 Wat is lichaamsmentaliseratie? 31
- 3.2 Gehechtheid en lichaamsmentaliseratie 35
- 3.3 Neurobiologie van lichaamsmentaliseren, gehechtheid en stress 43

- 3.4 Vaststellen van vermogen tot lichaamsmentaliseratie 49
- 3.5 In stand houdende werking van verminderde lichaamsmentaliseratie 50
- 3.6 Theoretische beschouwingen van expliciete therapeutische processen 51
- 3.7 Tot slot 58

## DEEL II – BEHANDELING 61

### 4 Algemene kenmerken en principes van behandeling 62

- 4.1 Korte omschrijving van de therapie 62
- 4.2 Wetenschappelijk onderzoek 62
- 4.3 Doelgroep 63
- 4.4 Behandelsetting 64
- 4.5 Het behandelplan 65
- 4.6 De therapeutische houding 65
- 4.7 Educatie 66
- 4.8 Behandelprincipes 68
- 4.9 Tot slot 75

### 5 Individuele basisinterventies 76

- 5.1 Modus herkennen 76
- 5.2 Exploreren lichaamssignalen en innerlijke belevingen van de patiënt 79
- 5.3 Nagaan van eigen lichaamssignalen en innerlijke ervaringen:  
transparantie 91
- 5.4 Stimuleren van uitwisseling 99
- 5.5 Tot slot 106

### 6 Non-verbale therapieën 107

- 6.1 Non-verbale therapieën 107
- 6.2 Rekening houden met moeite met non-verbale therapie 108
- 6.3 Evenwicht tussen bottom-up- en top-downleerprocessen 110
- 6.4 Oog houden voor regulering van de lichamelijke toestand en arousal 110
- 6.5 Relevante thema's 112
- 6.6 Non-verbale expressie en de reflectie daarop 113
- 6.7 Stilstaan bij lichamelijke sensaties en samenhangende innerlijke  
ervaringen 120
- 6.8 Omgaan met trauma en overdracht 124
- 6.9 Tot slot 125

### 7 Ingaan op wat is opgeroepen 127

- 7.1 Oud zeer dat waarneembaar wordt 127

## 6 Lichaamsgericht mentaliseren

7.2	Bereidheid en gereedheid tot ingaan op oud zeer	131
7.3	Educatie	132
7.4	Rekening houden met de tolerantiezone	133
7.5	Ondersteunende relaties inzetten	136
7.6	Oog hebben voor (somatoforme) dissociatie	137
7.7	Ingaan op overdracht en tegenoverdracht	138
7.8	Ingaan op trauma	148
7.9	Ingehouden (lichamelijke) reacties onderkennen en alsnog afmaken	155
7.10	Tot slot	158
<b>8</b>	<b>Activiteiten opbouwen</b>	<b>159</b>
8.1	Het belang van het opbouwen van activiteiten	159
8.2	Waarden inventariseren	161
8.3	Toegewijde acties	162
8.4	Omgaan met bewegingsangst	164
8.5	Balans vinden	165
8.6	Grenzen aangeven	166
8.7	Signaliseringsplan voor toekomstige moeilijke situaties	166
8.8	Activiteiten ondernemen tijdens nazorg	169
8.9	Tot slot	170
<b>DEEL III – TOEPASSINGSVORMEN</b>		<b>171</b>
<b>9</b>	<b>Groepstherapie</b>	<b>172</b>
9.1	Groepstherapie	172
9.2	Kennis- en vaardighedengroep	173
9.3	L-MBT-psychotherapiegroep	174
9.4	Tot slot	187
<b>10</b>	<b>Systeemtherapie</b>	<b>188</b>
10.1	Systeemtherapie	188
10.2	Lichaamsgericht mentaliseren in systeemtherapie	190
10.3	Lichaamsgericht mentaliseren bij ‘emotionally focused therapy’ voor SOLK	194
10.4	Tot slot	195
<b>11</b>	<b>Multidisciplinaire behandeling</b>	<b>197</b>
11.1	Het multidisciplinaire team	197
11.2	Bereidheid om te werken vanuit de L-MBT-visie	197
11.3	Bekwaamheid	198

11.4	Onderlinge afstemming	199
11.5	Omgaan met een somatische of psychische crisis	200
11.6	De therapeut-patiënt match	201
11.7	Intercollegiaal overleg	202
11.8	Lichaamsgericht mentaliseren binnen het team	206
11.9	Met splitsingen omgaan	207
11.10	Tot slot	208
12	Bijlagen	209
12.1	Patiënteninformatiefolder	209
12.2	Signalen van lichaamsmentaliseratie	211
12.3	Signalen van niet-lichaamsgericht mentaliseren	212
12.4	Lichamelijke signalen bij innerlijke ervaringen	214
12.5	Overzicht bijeenkomsten van een L-MBT-kennis- en vaardighedengroep	215
12.6	Contactgegevens	219
	Literatuur	221
	Dankwoord	232
	Register	234

# Voorwoord

Al eeuwen worstelt de geneeskunde – en in het kielzog daarvan de psychologie – met de scheiding tussen lichaam en geest, de erfenis van Descartes. Daarom is onze zorg onderverdeeld in enerzijds de somatische gezondheidszorg en anderzijds de zorg voor de geest (al dan niet verstoord) in de psychiatrie, de psychologie en de psychotherapie. Ik herinner me een maag-darm-leverarts die in zijn opleiding te horen kreeg dat hij zich niet moest bezighouden met het ‘softe’ en ‘onwetenschappelijke’ gebied van de psychosomatiek.

Natuurlijk weten we inmiddels dat de tweedeling tussen lichaam en geest niets te maken heeft met de realiteit van de mens. Lichaam en geest zijn verknoopt en verbonden, in dienst van een homeostatisch evenwicht dat ons in stand houdt in een bepaalde omgeving.

Het onderscheid tussen lichaam en geest heeft voor veel problemen gezorgd die het best samen te vatten zijn onder de noemer ‘somatiseren’ en Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Vroeger betekende dat Somatisch *Onverklaarbare* klachten. We weten nu beter: het zijn lichamelijke *onverklaarde* klachten. Zelfs functionele buikklachten hebben een biologische basis, weten we nu.

SOLK leidt tot wanhoop van de somatische gezondheidszorg die daarop reageert met wat we het best *tegenoverdrachtsreacties* kunnen noemen: irritatie, ongelof en ongeduld. Zo’n houding maakt dat mensen met verdubbelde kracht proberen geloof te vinden voor wat er volgens hen lichamelijk mis is. Als zo’n proces langer duurt en ook nog gepaard gaat met een tijdelijk of blijvend onvermogen om emoties en lichamelijke sensaties passend van elkaar te onderscheiden, kan ernstige SOLK ontstaan. Mensen met ernstige SOLK kunnen op alle fronten vastlopen.

Voor deze doelgroep is gelukkig de laatste jaren een goede en geschikte behandeling gevonden, die ervanuit gaat dat we het lichaam niet kunnen onderscheiden van de geest, maar dat beide een verschillende taal spreken die je moet leren. Dat is gebaseerd op de theorie van het mentaliseren: maar dan gericht op het mentaliseren van lichamelijke



sensaties, de effecten van emoties, de gevoelens die je krijgt in relaties met anderen. Als het goed is leer je dat in je ontwikkeling. Je leert misselijkheid door een virus te onderscheiden van misselijk zijn van angst. Bij veel mensen ontbreekt of ontbrak zo'n leeromgeving en zij worstelen met klachten die zij niet kunnen vertalen.

Naast de theorie van het mentaliseren is er de praktijk van de lichaamsgerichte psychotherapie zoals die is ontwikkeld voor mensen met een traumageschiedenis. De lichaamsgerichte psychotherapie blijkt ook toepasbaar voor de gevolgen van verstoorde gehechtheidsrelaties. De integratie van deze twee empirisch ondersteunde vormen van therapie levert dit boek op, met een grote nadruk op hoe je dat nu in de praktijk doet, wat je kunt zeggen, welke interventies werken, wat je therapeutische attitude dient te zijn en welke valkuilen je moet vermijden. Bijzonder en vernieuwend is ook de nadruk op de transparantie over de lichamelijke invloed van therapeut en patiënt op elkaar in de therapeutische relatie. Dit boek is een belangrijke mijlpaal in de behandeling van patiënten die ernstig lijden, maar vaak onvoldoende baat hadden bij de gebruikelijke behandelingen. Maar het is ook een *asset* voor iedereen die wil begrijpen hoe het lichaam mee resonanceert in elke behandeling.

Nelleke Nicolai

# Auteur en medewerkers

## Auteur

*Jaap Spaans*

Klinisch psycholoog, psychotherapeut, supervisor en leertherapeut VGcT, tot en met 2020 verbonden aan hoogspecialistisch TOPGGz centrum Altrecht Psychosomatiek Eikenboom, Zeist. Hij publiceerde diverse boeken over uiteenlopende onderwerpen zoals eetstoornissen, de borderlinestoornis, midlife, chronische vermoeidheid, onverklaarde pijn en mindfulness. Hij is hoofdredacteur van het *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten*, uitgegeven bij LannooCampus. Hij is oprichter en tot en met 2018 voorzitter van het landelijke Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (NOLK), het Nederlandse kenniscentrum en samenwerkingsverband van professionals, zorginstellingen en universiteiten gespecialiseerd in Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Hij geeft thans scholingen, trainingen en supervisies. Contact: j.spaans@hccnet.nl.

## Medewerkers

*Nelleke Nicolai (voorwoord)*

Psychiater (niet-praktiserend), psychotherapeut, supervisor (NPG, NVP, NVPP) en leeranalyticus, zelfstandig gevestigd in Rotterdam. Zij publiceerde eerder over emotieregulatie, het lichaam in de psychotherapie de rol van het lichaam in psychotherapie, het lichaam in de psychotherapie-incest, psychotherapie en gender, de behandeling van ernstige, vroegkinderlijke trauma's en vrouwenhulpverlening.

*Stanneke Lunter (coördineerde feedback van meelezers)*

Psychiater en programmaleider bij Topklinisch centrum Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Zij is bestuurslid van het landelijk netwerk op het gebied van onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (NOLK) en van de Pijn Alliantie in Nederland (PA!N). Zij spant zich in voor innovatie en scholing op het gebied van psychosomatiek, L-MBT en

ACT en voor netwerkvorming en gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek met andere expertisecentra.

*Medewerkers van Altrecht psychosomatiek Eikenboom (meelezers)*

In willekeurige volgorde: Stanneke Lunter (psychiater), Kees Jan van der Boom (klinisch psycholoog), Suzanne Pielage (klinisch psycholoog), Shiva Thorsell (klinisch psycholoog), Myriam Lipovsky (internist/psychotherapeut), Hanneke Kalisvaart (psychomotorisch therapeut, onderzoeker), Peter Visser (systeemtherapeut), Claartje Verheul (psychosomatisch fysiotherapeut) en Sanne Huismans (psycholoog i.o. tot GZ-psycholoog).

**Deel I**

**INTRODUCTIE EN THEORIE**

# 1

## Inleiding

### 1.1 Het innerlijk als een fysieke ervaring

De wereld om ons heen ervaren we via ons lichaam. Stel, je leest rustig een boek en je hoort ineens een harde dreun. Er gaat onmiddellijk een lichamelijke schok door je heen, je hartslag en ademhaling versnellen. Je wordt alert. In een flits gaat een verklaring door je heen ‘het zijn zeker die jongeren weer met hun voetbal tegen mijn voordeur’. Dan stijgt het bloed naar je hoofd, je krijgt het warm en je kaakspieren spannen zich aan. Je bent boos. Gehaast ga je naar de voordeur en doet deze open om te kijken wat er aan de hand is. Wat begon met een fysieke schok eindigt in het boos openen van de voordeur.

Onze ervaringen – in het bijzonder emotionele ervaringen – zijn op fundamentele wijze geworteld in onze lichamelijke sensaties. Dat geldt evenzeer voor onze herinneringen aan eerdere emotionele ervaringen. Als we later terugdenken aan die plotselinge dreun gaat er weer een fysieke schok door ons heen en voelen we weer het bloed naar ons hoofd stijgen. Niet iedereen is zich bewust van signalen van het eigen lichaam en de mentale dimensies ervan zoals emoties en gedachten. Sommigen hebben nooit geleerd hierbij stil te staan, anderen onderdrukken tijdelijk hun lichaamsbewustzijn, bijvoorbeeld als ze druk zijn met een belangrijke taak.

We zien als therapeuten in onze praktijk patiënten die moeite hebben met waarneming van en betekenisgeving aan lichaamssignalen. Onze patiënten nemen delen van hun lichaam helemaal niet waar of zij ervaren totaal geen verbinding tussen lichamelijke signalen en innerlijke ervaringen. Zij herkennen bijvoorbeeld geen angst of verdriet en er is veel onopgemerkte spanning in hun lichaam. Zij ervaren symptomen die bijvoorbeeld vallen onder Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK), persoonlijkheidsproblematiek, burn-out, hardnekkige stemmings- of angststoornissen of eetproblematiek. Ruimschoots aandacht hebben voor het lichaam in de therapie leert deze patiënten de werking van de geest te (h)erkennen en dat emoties en andere innerlijke ervaringen onlosmakelijk verbonden zijn met het lichaam.

De in dit boek omschreven methode van lichaamsgericht mentaliseren kan men toepassen bij uiteenlopende patiënten die moeite hebben om verbinding te ervaren tussen lichamelijke en innerlijke ervaringen. Onze expertise ligt vooral op het gebied van het toepassen van lichaamsgericht mentaliseren bij de subgroep patiënten met ernstige SOLK, reden om dit boek toe te spitsen op deze groep patiënten.

## 1.2 Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) zijn lichamelijke klachten zoals pijnklachten, moeheid of duizeligheid die langer dan enkele weken duren en waarbij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening aantoonde die de klacht voldoende verklaart. SOLK kan ook bestaan uit klachten waarbij wel sprake is van een bekende lichamelijke aandoening zoals diabetes, reuma of een hartaandoening. We beschouwen het als SOLK als de klachten ernstiger of langduriger zijn of het functioneren sterker beperken dan op grond van de aandoening verwacht kan worden.

De term SOLK wordt sinds 2010 gebruikt (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2010). Voorheen werden deze klachten aangeduid met uiteenlopende termen als psychosomatische ziektebeelden, lichamenlijk onverklaarbare klachten, onbegrepen klachten of medisch onverklaarde somatische symptomen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2010).

De klachten die met SOLK samenhangen, kunnen enorm ontwrichtend zijn. Veel patiënten met ernstige SOLK kunnen niet meer (volledig) werken. Patiënten zoeken en ondergaan allerlei medische behandelingen zonder het gewenste resultaat. Het duurt vaak lang voordat hulpverleners en patiënten de problematiek onderkennen en de patiënt adequate hulp krijgt. De lichamelijke, mentale en sociale ontwrichtingen zijn vooral duidelijk bij patiënten met (zeer) ernstige SOLK. Zij hebben langdurige en meervoudige symptomen en ernstige beperkingen, comorbiditeit op het vlak van psychopathologie, persoonlijkheidsstoornissen en/of somatische aandoeningen. Zij reageren onvoldoende op behandeling in de basis en/of specialistische GGZ en/of somatische zorg. Voor deze groep patiënten is adequate behandeling van groot belang. Lichaamsgericht mentaliseren is onder meer bedoeld voor deze groep patiënten.

## 1.3 De ontwikkeling van lichaamsgerichte mentalisatie bevorderende therapie (L-MBT)

TOPGGZ behandelcentrum Altrecht Psychosomatiek Eikenboom, waar de auteur en medewerkers aan dit boek aan zijn of waren verbonden, richt zich op de groep patiënten met (zeer) ernstige SOLK. Al vele jaren werkt dit centrum vanuit een visie die lichamelijke en mentale ervaringen verbindt. Vanuit deze zienswijze ontstond rond 2006 de indruk dat wat Anthony Bateman en Peter Fonagy (2004) omschreven als 'mentalization based

treatment' (MBT) ook relevant was voor behandeling van patiënten met (zeer) ernstige SOLK. Geleidelijk aan kwam de behandeling meer in het licht te staan van MBT, maar met een duidelijk verschil: de focus op het lichaam.

In 2009 verscheen het eerste artikel over de lichamelijke aspecten van mentalisatie (Spaans et al., 2009) en in 2010 volgde een artikel met een eerste beknopte omschrijving van Lichaamsgerichte Mentalisatie-bevorderende therapie (L-MBT) (Spaans et al., 2010). In 2017 werd L-MBT opgenomen in het *Nederlandse handboek voor de behandeling van SOLK* (Spaans, 2017) en in 2018 onderkende de zorgstandaard SOLK (Akwa GGZ, 2018) het belang van L-MBT. De zorgstandaard schrijft:

*'Bij een subgroep van patiënten met (zeer) ernstige SOLK die geen of onvoldoende herstel laat zien in reactie op evidence-based behandelingen zoals CGT of ACT kan Lichaamsgerichte Mentalisatie Bevorderende Therapie (L-MBT) overwogen worden. Bij L-MBT leren patiënten in interactie met anderen hun lichaamssignalen te (h)erkennen en verdragen en verbinding te ervaren met innerlijke ervaringen zoals emoties, gedachten, herinneringen, intenties en verlangens.'*

Inmiddels hebben vele honderden collega's een basiscursus L-MBT gevolgd en kunnen lezingen en workshops over L-MBT altijd op veel belangstelling rekenen. Meerdere gezondheidszorginstellingen in Nederland passen L-MBT nu toe. Alle reden dus voor een leerboek over L-MBT.

## 1.4 Verschillen met MBT

Vaak vragen collega's ons 'Is L-MBT niet precies hetzelfde als MBT, alleen met meer aandacht voor het lichaam?' In grote lijnen is het antwoord 'ja'. Voor het behandelen van patiënten met ernstige SOLK heeft het dan ook zin de boeken en artikelen van MBT-experts als Anthonie Bateman, Peter Fonagy, Patrick Luyten en Jon Allen te lezen en de beschreven principes toe te passen. Bij het lezen van MBT-literatuur kunnen we dan in plaats van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) patiënten met SOLK in gedachten nemen. We kunnen deze inspirerende werken lezen, daarbij MBT-onderwijs volgen en steeds de relevantie van fysieke sensaties in gedachten houden. Dat we het lichaam als brug naar het innerlijk kunnen beschouwen is niet tegenstrijdig met de MBT-gedachte.

Waarom is in dit boek dan lichaamsgericht mentaliseren als een afzonderlijke methode beschreven?

Ten eerste accentueert de L van L-MBT dat deze therapie vooral is bedoeld voor patiënten met ernstige SOLK. De problematiek van deze patiëntengroep heeft een aantal overeenkomsten met patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis zoals emotieregulatie problematiek, maar is op veel gebieden ook zeer verschillend. Het lijden van patiënten met SOLK speelt zich immers af op lichamelijk gebied. De nadruk op lichamelijke ervaringen bij L-MBT sluit aan bij de hulpvraag van patiënten met ernstige SOLK. Deze ligt immers op het gebied van lichamelijke klachten. Zij ervaren meer erkenning

voor hun problematiek dan wanneer de focus van de therapie alleen op het affect en de interactie ligt zoals bij MBT meer het geval is.

Ten tweede: MBT concentreert zich vooral op het erkennen en herkennen van affect en op interpersoonlijke affectregulatie. Veel professionals zijn gewend deze connotatie aan het concept mentalisatie te geven. Met termen als lichaamsmentaliteit en lichaamsgericht mentaliseren zetten wij het lichamelijke aspect naast het affectieve en interpersoonlijke aspect nadrukkelijk in de schijnwerpers. De L van L-MBT herinnert ons eraan om de connectie tussen lichaam en innerlijke ervaringen tijdens de behandeling niet over te slaan. In de ogen van hulpverleners hebben veel patiënten met ernstige SOLK indrukwekkende psychische problematiek zoals ernstig onverwerkte trauma's, ingrijpende interpersoonlijke problematiek en intense emotieregulatie-problemen. De aangrijpende woorden en verhalen van deze groep patiënten kunnen onze aandacht geheel opeisen. Het risico bestaat dat we daarbij voortvarend aan de slag gaan met verbale psychologische methodes en meegaan met de sterke neiging van patiënten om de lichamelijke kant van deze problematiek te vermijden. Bij de groep patiënten die zich echter uitsluitend richt op hun lichamelijke functioneren zonder oog te hebben voor de wisselwerking met gedachten en gevoelens kunnen we ons laten meeslepen in een eenzijdige lichamelijke aanpak. De L-van L-MBT herinnert ons eraan om steeds zowel op de lichamelijke als de mentale ervaringen te letten. Het is van het grootste belang dat we ons blijven realiseren dat het innerlijke van de patiënt zich via de taal van het lichaam laat kennen. Daarom hebben we steeds oog voor de gezichtsuitdrukkingen, het ritme en de toon van de stem, het verloop van de ademhaling, de lichaamshouding, gebaren en dergelijke. Kortom, de L van L-MBT houdt het lichaam dus steeds op de agenda.

Ten derde verschilt L-MBT van MBT in het betrekken van non-verbale therapieën zoals beeldende therapie, psychomotorische therapie, (psychosomatische) fysiotherapie, et cetera. Zijn non-verbale therapieën bij MBT een mogelijke aanvulling, bij L-MBT zijn ze een onmisbaar onderdeel. L-MBT is daarom in tegenstelling tot MBT ook altijd een multidisciplinaire therapie. Tot slot is kenmerkend voor L-MBT dat het in tegenstelling tot MBT-patiënten ook helpt om (fysieke) activiteiten te ontwikkelen op grond van (lichaamsgericht) mentaliseren.

## 1.5 De psychodynamische traditie in denken over lichaam en geest

Het begrip mentaliseren is verankerd in een psychodynamisch referentiekader. Dat geldt ook voor de lichamelijke kant van mentaliseren, die het laatste decennium steeds meer belangstelling krijgt. Het idee dat innerlijke verschijnselen zoals gedachten en emoties een lichamelijke kant hebben is niet nieuw in de psychodynamische wereld. Freud (Freud, 1915) was er al van overtuigd dat innerlijke ervaringen zoals gedachten de functie hebben om instinctieve lichamelijke behoeften te transformeren in acties die we ondernemen om



aan die behoeften te voldoen. Gedachten geven lichamelijke processen betekenis, zo was zijn idee. Freud veronderstelde dat de geest zich volledig en uitsluitend door lichamelijke signalen uitdrukt: 'Het ego ... is in de eerste plaats vooral een lichaam-ego' (Freud, 1923). Onderkennen we lichamelijke sensaties en verlangens onvoldoende, dan zal de intensiteit en kwantiteit ervan toenemen tot er een ontlading plaatsvindt. Dit economische principe verklaart waarom iemand die lichamelijke signalen en daarmee samenhangende gedachten en emoties niet onderkent, veel lichamelijke opwinding en dus lichamenlijk klachten zal ervaren (Freud, 1915).

Een door veel psychoanalytici gedeelde visie is 'de conversietheorie' (Freud, 1905): verdrongen innerlijke conflicten en de daarmee gepaard gaande sterke negatieve emoties komen op symbolische wijze via het lichaam tot uitdrukking. Hierbij kan men denken aan een verlamming van ledematen, stem- of gehoorverlies of een totale lichamelijke verlamming met bewustzijnsverlies. Het idee dat het onvoldoende onderkennen van lichamelijke signalen en emoties kan leiden tot psychosomatische ziektes kwam vlak na de Tweede Wereldoorlog terug in het werk van de Hongaars-Amerikaanse psychoanalyticus Franz Alexander. Dit werd in Nederland vlak na de Tweede Wereldoorlog, onder de aandacht gebracht door de internist prof. Juda Groen. In de jaren zestig van de vorige eeuw ging de Franse psychoanalyticus Pierre Marty in op de lichamelijke kant van mentaliseren. Hij beschreef mentaliseren als een mentaal vermogen om wat het lichaam aangeeft te identificeren, interpreteren en erop te reageren (Marty, 1968). Hij ging ook in op de relationele context van mentaliseren. Zo omschreef hij hoe gevoelsarme, lege, fantasie-loze objectrelaties ('relations blanches') een negatieve invloed kunnen uitoefenen op de capaciteit tot mentaliseren. Dit zou een rol spelen bij de ontwikkeling van psychosomatische klachten (Marty en de M 'uzan, 1963).

De Franse analyticus Didier Anzieu droeg in de jaren negentig van de vorige eeuw bij aan het verhelderen van de rol van vroege ervaring met de huid en aanraking voor de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen. Hij omschreef dit als 'une peau à penser': een huid om mee te denken (Anzieu, 1994).

Het voorafgaande beschrijft enkele van de talrijke beschouwingen en theorieën uit de psychodynamische traditie over hoe lichaam en geest op elkaar inwerken, en de lichamelijke kant van mentaliseren. Het belicht de voorgeschiedenis van de huidige belangstelling voor de lichamelijke kant van mentaliseren bij de behandeling van SOLK (Spaans et al., 2009, 2010, Luyten et al., 2012a).

## 1.6 Over dit boek

Dit boek biedt een visie en behandelmethodologie voor patiënten met ernstige SOLK waarbij een onvermogen tot (lichaamsgericht) mentaliseren blijkt. De methodologie kunnen we ook toepassen bij andere psychische klachten waarbij patiënten moeite hebben een verbinding te ervaren tussen lichamelijke sensaties en innerlijke ervaringen. Het is dus een

transdiagnostische methode. Dit boek is bedoeld voor professionals van diverse disciplines, zoals psychologen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten, artsen (waaronder psychiaters, (huis)artsen, revalidatieartsen en andere medisch specialisten), praktijkondersteuners huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ), verpleegkundigen, vaktherapeuten, (psychosomatisch) fysiotherapeuten, (psychosomatisch) oefentherapeuten, ergotherapeuten en andere paramedici. Deze professionals hebben heel verschillende opleidingsachtergronden en zullen in dit boek dan ook ieder weer andere aanknopingspunten voor hun vakgebied vinden.

Dit boek biedt geen draaiboek met exacte voorschriften per sessie voor het handelen van de therapeut. Het is meer een uitgebreide beschrijving van alle aspecten, interventies en aandachtspunten die het individuele proces van toenemend lichaamsgericht mentaliseren ondersteunen. Deze kan de professional integreren in het eigen vakgebied of in de organisatie van de behandeling in de eigen instelling. Voor klinische toepassingen is naast het lezen van dit boek scholing, intervisie en supervisie sterk aan te raden.

Uiteraard zijn er parallellen tussen MBT en L-MBT, daarnaast zullen echter de verschillen tussen beide methodieken dit boek meerwaarde geven, ook voor de in MBT geschoolde professional. Bij de indeling van de hoofdstukken is gekozen om in Deel I in hoofdstuk 2 eerst een omschrijving te geven van de stand van zaken op het gebied van SOLK in Nederland. Daarin blijkt L-MBT goed te passen bij de recente ontwikkelingen in dit vakgebied en de zorgstandaard SOLK. Daarna omschrijven we in hoofdstuk 3 lichaamsmentaliseren en lichaamsmentaliseren. Dit hoofdstuk beschrijft daarbij de lichamelijke kant van de ontwikkeling van het vermogen tot mentaliseren. Daarnaast komt de in stand houdende werking van gebrekkig lichaamsmentaliseren bij SOLK aan de orde en worden therapeutische processen van L-MBT theoretisch onderbouwd.

Deel II over de behandeling begint met in hoofdstuk 4 de behandelprincipes. Vervolgens staan in hoofdstuk 5 de individuele basisinterventies. Non-verbale therapie is onmisbaar bij L-MBT vanwege de directe gerichtheid op lichamelijke ervaringen. In hoofdstuk 6 komen twee aspecten van non-verbale therapie aan bod: a) het tot uitdrukking brengen en b) het stilstaan bij fysieke en innerlijke ervaringen. Met de basisinterventies en de non-verbale aanpak kunnen patiënten tot een basisniveau van lichaamsgericht mentaliseren komen. Omdat men zich bewust wordt van wat men fysiek en mentaal ervaart, kan men ook oud zeer gaan ervaren. Hoe hiermee om te gaan staat in hoofdstuk 7.

Het gaat hierbij om het inspelen op emotionele pijn die is gerelateerd aan vroegere pijnlijke relaties en traumatische gebeurtenissen. Dat een op bewustwording van lichaam en geest gerichte therapie ook gedragsinstructies omvat is typisch voor L-MBT. In hoofdstuk 8 staat hoe we patiënten kunnen helpen om vanuit een lichaamsmentaliserende houding gedoseerd activiteiten op te bouwen.

Deel III van dit boek beschrijft een aantal toepassingsgebieden waarbij de in deel II beschreven methodische aandachtspunten terugkomen: groepstherapie (hoofdstuk 9), systeemtherapie (hoofdstuk 10) en de multidisciplinaire behandeling (hoofdstuk 11). In

hoofdstuk 11 zullen ook scholing en intervisie aan bod komen. In dit hoofdstuk staat tevens omschreven hoe teamleden in contact met elkaar lichaamsgericht kunnen mentaliseren zowel ten behoeve van een effectieve behandeling als van de arbeidssatisfactie van de teamleden.

*NB In dit boek wordt steeds over 'de therapeut' geschreven, en daarnaar verwezen met 'hij'. In plaats hiervan kan de lezer evengoed 'de therapeute' en 'zij' lezen. Wanneer we in algemene zin over een patiënt spreken gebruiken we 'hij', en kan ook 'zij' gelezen worden.*

# LICHAAMSGERICHT MENTALISEREN

*Lichaamsgericht mentaliseren* gaat over het leren ervaren van verbinding tussen lichamelijke signalen en innerlijke belevingen zoals gedachten, emoties en herinneringen. Het schetst hoe de therapeut doelbewust stilstaat bij actuele lichaamssignalen en innerlijke ervaringen van de patiënt en van zichzelf. Door de open wederzijdse uitwisseling hierover ontwikkelt zich bij de patiënt het besef van niet-onderkende lichamelijke sensaties en innerlijke reacties. Zo ontstaat er perspectief op herstel van kwaliteit van leven.

De lichaamsgerichte mentalisatie bevorderende therapie (L-MBT), in dit boek beschreven, is voor patiënten met (ernstige) Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Het biedt handvatten voor individuele, non-verbale, groeps-, systeem- en multidisciplinaire behandeling. De methode is ook goed toepasbaar bij onder andere persoonlijkheidsproblematiek, burn-out, hardnekkige stemmings- of angststoornissen en eetproblematiek.

Lichaamsgerichte mentalisatie bevorderende therapie (L-MBT) is opgenomen in de zorgstandaard SOLK (Akwa GGZ, 2018).

Geschreven i.s.m. TOPGGZ centrum Altrecht psychosomatiek Eikenboom



*Lichaamsgericht mentaliseren is een 'must read' voor elke professional die patiënten met (ernstige) SOLK behandelt. Het multidisciplinaire perspectief komt ook aan bod, waardoor hulpverleners van uiteenlopende disciplines veel aan dit boek zullen hebben.*

- DRS. ELLEN S.G. MOGENDORFF, DIRECTEUR STICHTING TOPKLINISCHE GGZ (TOPGGZ)

*In dit goedgegeschreven boek treft de lezer een uitgebreide theoretische onderbouwing van deze multidisciplinaire behandeling aan en, niet onbelangrijk, een goed uitgewerkt overzicht van hoe deze behandeling toe te passen, gelardeerd met aansprekende voorbeelden.*

*Een aanrader voor iedereen die mensen met ernstige SOLK begeleidt.*

- PROF. DR. HENRIËTTE VAN DER HORST, HOGLERAAR HUISARTSGENEESKUNDE,  
DESTIJD VOOZITTER VAN DE WERKGOEP DIE DE HUIDIGE ZORGSTANDAARD SOLK OPSTELDE



**Drs. Jaap Spaans** is klinisch psycholoog, psychotherapeut, supervisor en leertherapeut.

