

Lichamelijke aspecten van mentalisatie; therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten

J.A. SPAANS, L. VESELKA, P. LUYTEN, M.E.F. BÜHRING

ACHTERGROND De kennis over onverklaarde lichamelijke klachten (OLK) neemt toe, maar de concrete vertaling naar een effectievere behandeling, vooral bij ernstige klachten, blijft problematisch.

DOEL Belichten van het lichamelijke aspect van mentaliseren ('lichaamsmentaliseratie'). Vanuit onder meer de gehechtheidstheorie en de theorie over mentaliseren schetsen van een theoretisch perspectief van lichaamsmentaliseratie en omschrijven van het diagnostische en therapeutische belang ervan.

METHODE Systematische zoektocht in de literatuur naar aanleiding van klinische ervaringen met lichaamsmentaliseratie.

RESULTATEN Lichaamsmentaliseratie is het vermogen om eigen en andermans lichaamssignalen waar te nemen, er ontvankelijk voor te zijn, en verbinding te ervaren met onderliggende mentale toestanden. Gebrek aan lichaamsmentaliseratie kan worden onderkend en kan worden verbeterd tijdens een intensieve klinische of deeltijdbehandeling.

CONCLUSIE Het concept 'lichaamsmentaliseratie' kan een interessant licht werpen op patiënten met ernstige OLK. Meer onderzoek is nodig om de diagnostische validiteit en therapeutische relevantie van dit concept nader te onderzoeken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)4, 239-248]

TREFWOORDEN lichaamsmentaliseratie, medisch onverklaarde klachten, mentalisatie, onverklaarde lichamelijke klachten

Onverklaarde lichamelijke klachten (OLK) komen zowel in de huisartspraktijk als in specialistische poliklinieken vaak voor. De gemiddelde medische kosten zijn waarschijnlijk vele malen hoger als artsen de mogelijke rol die psychologische factoren spelen in deze klachten niet herkennen (Shaw & Creed 1991).

Recent staat de effectiviteit van ambulante cognitieve gedragstherapie (CGT) bij OLK sterk in de aandacht (Henningsen e.a. 2002; 2007; Heymann-Monnikes e.a. 2000; Kroenke 2007; Prins e.a.

2001; Speckens e.a. 1995; Sumathipala e.a. 2000; Sumathipala 2007; Visser & Bouman 2001). Psycho-educatie, revalidatiegeoriënteerde therapie en gerichte psychofarmacologische interventies kunnen ook werkzaam zijn (Van Houdenhove 2001). Ambulante cognitieve gedragstherapie al dan niet in combinatie met deze therapievormen blijkt vooral geschikt voor patiënten met minder ernstige somatoforme stoornissen (Allen e.a. 2002, 2006; Kroenke & Swindle 2000; Looper & Kirmayer 2002). Patiënten met ernstige OLK blijken niet altijd

optimaal te reageren op deze ambulante behandelingen. Het gaat hierbij vooral om patiënten met uitgesproken symptomen, chronisch beloop, psychiatrische comorbiditeit (zowel op as I, als as II van DSM-IV), zware gevolgen voor het fysiek en/of psychosociaal functioneren en geringe reactie op eerdere behandelingen. Voor de subgroep van patiënten met ernstige OLK zijn daarom aanvullende behandelingsperspectieven dringend nodig.

De laatste jaren is in deze context meer belangstelling ontstaan voor het mentalisatievermogen van mensen met somatoforme problemen. 'Mentaliseren' verwijst naar het vermogen om intenties en gevoelens bij anderen en zichzelf te erkennen, interpersoonlijk gedrag te begrijpen in termen van mentale toestanden. Het gaat om het erkennen van een psychische realiteit die weliswaar met de externe realiteit is verbonden, maar er toch van te onderscheiden valt.

In dit artikel verduidelijken wij de lichamelijke kant van mentaliseren en omschrijven het met de term 'lichaamsmentalitisatie'. De klinische ervaring suggereert dat dit vermogen bij patiënten met OLK vaak problematisch is en mogelijk een belangrijke rol kan spelen in het begrijpen en behandelen van OLK. Daarom voerden wij een systematische zoekactie uit in de wetenschappelijke literatuur naar beschikbare kennis over OLK en mentaliseren, en over OLK en pathologische mechanismen die met gebrekkig mentaliseren samenhangen.

Aan de hand van de resultaten daarvan gaan wij achtereenvolgens in op de lichamelijke aspecten van mentaliseren en van gehechtheid. Vervolgens vragen wij ons af: hoe kunnen lichamelijke onverklaarde lichamelijke klachten een uiting zijn van gebrekkig mentaliseren? Welke rol speelt lichaamsmentalitisatie en welke aandachtsprocessen zijn hierbij betrokken? Daarna gaan wij mede op grond van onze eigen klinische ervaringen in op de vragen: 'hoe diagnosticeert men verminderde lichaamsmentalitisatie' en 'hoe kan men gebrekkige lichaamsmentalitisatie behandelen'?

LITERATUURSTUDIE

In twee databases zochten wij naar artikelen over mentaliseren en OLK (Medline, periode 1950–4de week januari 2008; en PsycInfo, periode 1806–5de week januari 2008). Gezocht werd met de combinatie van de zoektermen: 'mentalis(z)ation', 'mentalis(z)e', 'mentalis(z)ing', 'reflective function', 'psychosomatic', 'somatoform disorder', 'somatis(z)ation', 'medically unexplained' en 'physically unexplained'. Er werden 35 artikelen – Engelstalige en Franstalige – gevonden die op de een af andere manier ingaan op verbanden tussen OLK en mentaliseren. Het grootste deel van de artikelen was na 2002 gepubliceerd, waaruit al blijkt dat de interesse voor mentaliseren en OLK de laatste jaren toeneemt.

Aangezien gebrekkig mentaliseren volgens Fonagy e.a. (2002) vaak samengaat met fenomenen zoals dissociatie, affectdisregulatie, persoonlijkheidsstoornissen en interpersoonlijke problemen, voerden wij ook een zoektocht uit naar deze termen in combinatie met de termen 'psychosomatic', 'somatoform disorder', 'somatis(z)ation', 'medically unexplained', en 'physically unexplained' (in dezelfde bronnen en over dezelfde periodes). Dit leverde opnieuw een groot aantal artikelen op (respectievelijk PsycInfo: 2794 en Medline: 799), waarvan een selectie samen met het voorgaande de basis vormt van de hierna volgende beschouwingen.

LICHAMELIJKE ASPECTEN VAN MENTALISEREN

Wat is mentaliseren? Fonagy en collega's definiëren mentaliseren als 'het vermogen om het gedrag van zichzelf en anderen te interpreteren in termen van onderliggende psychische toestanden' (Fonagy & Target 1996). In essentie gaat het hierbij erom of iemand in staat is te reflecteren over het eigen innerlijk en dat van de ander.

'Lichaamsmentaliseren' De lichamelijke kant van mentaliseren – en mogelijke problemen op dit vlak – werd in de jaren zeventig van

de vorige eeuw reeds aan de orde gesteld in het werk van een groep Franse auteurs zoals Marty, de M'Uzan en Luquet. Zij spraken over 'la pensée opératoire' – een concept dat vergelijkbaar is met het Angelsaksische 'alexithymie'-concept en gekenmerkt wordt door een gebrekkige mogelijkheid tot herkennen en verwoorden van gevoelens. Zij waren het die het begrip 'mentalisation' introduceerden. De genoemde auteurs brachten ook de relationele context van mentaliseren onder de aandacht: gevoelsarme, lege, fantasieloze objectrelaties ('relations blanches') zouden een negatieve invloed uitoefenen op de capaciteit tot mentaliseren, en dit zou volgens de auteurs een rol spelen bij de ontwikkeling van psychosomatische klachten.

De lichamelijke kant van mentaliseren, door ons 'lichaamsmentalisanatie' genoemd, verwijst in onze visie naar het vermogen om eigen en anderen lichaamssignalen waar te nemen, er ontvankelijk voor te zijn, en verbinding te ervaren met onderliggende mentale toestanden. Het gaat om een subtiel aanvoelen van lichamelijke signalen én de daarmee samenhangende psychische toestanden. Dit manifesteert zich in impliciete processen die lichamenlijk (bijvoorbeeld kinesthetisch) tot uitdrukking kunnen komen. Iemand voelt bijvoorbeeld, zonder er nog woorden aan te kunnen geven, dat een bepaald gezelschap nu beter gemeen kan worden. Of iemand kan alleen door een spontane lichaamshouding weergeven anderen mentale toestand en erbij horende lichaamssignalen te hebben waargenomen en aangevoeld.

Fonagy en Target (2007) stellen dat vooral het meer primaire symbolische en metaforische denken sterk verweven is met lichamelijke ervaringen. Dit stemt ook overeen met de recente belangstelling voor het concept 'embodied cognition', dat accentueert dat cognities (en vooral metaforen) verbonden zijn met het lichaam (Fonagy & Target 2007). Metaforische gedachten over zelfbeheersing ('Ik ben mijzelf de baas, ik heb mijzelf in de hand') kunnen bijvoorbeeld verbonden zijn met vroegkinderlijke ervaringen van lichamelijke warmte in de fysieke nabijheid van de moeder.

LICHAAMSMENTALISATIE EN GEHECHTHEID

De ontwikkeling van mentaliseren is volgens Fonagy en Target (2007) een vaardigheid die in eerste instantie geleerd wordt binnen een veilige sensitieve gehechtheidsrelatie. Hierbij spelen lichamelijke processen een cruciale rol. Het mentaliserend vermogen van de moeder is mede bepalend voor de mate waarin zij een fysieke en psychologische veiligheid voor het kind kan bieden (Slade e.a. 2005).

Veilige gehechtheid en mentalisatie lijken op het eerste gezicht positief gecorreleerd. Toch is de samenhang complexer (Fonagy & Bateman 2006). Moederlijke en romantische gehechtheid blijken het mentaliseren immers te kunnen onderdrukken (Bartels & Zeki 2000; 2004). Zo suggereert beeldvormingsonderzoek naar intense emotionele relaties dat de activering van het (mesolimbische dopaminerge) beloningssysteem, de neurobiologische basis van het gehechtheidssysteem, tegelijkertijd leidt tot een onderdrukking van neurocircuits die een centrale rol spelen bij mentaliseren, zoals de mediale prefrontale cortex en anterieure cingulate cortex (Bartels & Zeki 2000; 2004). Ook neurale systemen betrokken bij leren en autobiografisch geheugen worden hierbij onderdrukt (Fonagy & Bateman 2006). Het lijkt er dus op dat een vroege veilige gehechtheid in de eerste plaats een voorwaarde is voor het ontwikkelen van mentaliserend vermogen. Later zal men in een gehechtheidssituatie die als veilig wordt ervaren een beroep kunnen doen op deze capaciteit, maar daarvan niet altijd gebruik hoeven te maken. Bij intense emotionele relaties kan het mentaliseren ook afnemen.

Concreet stellen Fonagy en collega's dat baby's leren de eigen lichamelijke reacties en affecten in een veilige gehechtheid te herkennen door de gezichts- en stemspiegeling van de moeder (Gergely 2007). Binnen de hechtingsrelatie is van belang dat de moeder zich adequaat inleeft in de innerlijke wereld van haar kind, behoeften aanvoelt ('attuning') en spiegelt ('mirroring'). Hierbij is

het essentieel dat de moeder haar spiegeling duidelijk amplificeert ('marking') als de spiegeling van de innerlijke ervaring van het kind en niet als het eigen affect. Ook gaat het bij gemarkeerd spiegelen niet om een pure spiegeling, maar om het zodanig weergeven van de fysieke expressie van het kind, bijvoorbeeld door het uit te vergroten, dat er nieuwsgierigheid wordt opgewekt. Wanneer de moeder deze 'pedagogische houding' onvoldoende aanneemt, niet adequaat en gemarkeerd spiegelt, voelt het kind zich niet begrepen en onveilig, waardoor het mentaliseren zich onvoldoende zal ontwikkelen. Het kind blijft afgesloten van de 'echte' eigen lichamelijke en mentale ervaringen, wat als een 'alien self' wordt ervaren (Fonagy e.a. 2002).

Samenvattend: is er een veilige gehechtheid, dan zal de moeder de fysieke uitdrukking van het kind een mentale betekenis kunnen geven. Zij doet dit door deze uitdrukking te begrijpen, te verdragen en te doorvoelen, en erop te reageren. De regulatie van lichamelijke opwinding en emoties is in het begin van de ontwikkeling een dyadisch proces waarin de wederzijdse psychofysiologische processen van moeder en kind op elkaar afgestemd worden (Schmeets & Van Reekum 2007). Doordat de moeder de fysieke uitdrukking van het kind en de mentale toestand die hierin verpakt zit, gemarkeerd spiegelt, kan het kind zijn eigen lichaam ervaren met alle daarbij horende emoties en als onderscheiden van de ervaring van anderen.

ONVERKLAARDE LICHAMELIJKE KLACHTEN EN GEBREK AAN LICHAAMSMENTALISATIE

Klinische observaties

Vanuit ons diagnostisch en klinisch werk (Vesselka e.a. 2008; Vesselka e.a., nog niet gepubliceerde gegevens) hebben wij de indruk dat patiënten met ernstige OLK of somatoforme stoornissen vaak gekenmerkt zijn door een gebrek aan lichaamsmentalitisatie. Lichamelijke ervaringen lijken bij deze patiënten niet goed geïntegreerd

met mentale toestanden. Patiënten met ernstige onverklaarde verlammingen kunnen bijvoorbeeld op geen enkele manier aangeven wat er door hen heen gaat als ze de aandacht richten op het verlamde lichaamsdeel. En patiënten met onverklaarde pijnklachten kunnen geheel in beslag worden genomen door het verlangen naar een medische diagnose en het zoeken naar fysieke oplossingen, zonder het te hebben over hun innerlijke beleving bij hun klachten.

Deze patiënten lijken minder ontvankelijk voor eigen en andermans lichaamssignalen, en hebben moeite met het ervaren van het verband tussen deze signalen en emoties, intenties, behoeften, gedachten, beelden, motieven en neigingen. Daarbij gaat het niet alleen om lichaamssignalen in kleinere of grotere gebieden van het lichaam, maar ook om de globale toestand van het lichaam (zoals een gevoel van onbehagen) of lichamelijke veranderingen (zoals een toename van vermoeidheid). Ook kan het gaan om somatische en kinesthetische behoeften zoals honger, de behoefte aangeraakt te worden of om te bewegen, die verband houden met onderliggende mentale toestanden, zoals een negatieve stemming.

Theoretische aspecten

Fonagy en collega's (2002) benadrukken in hun theorie over de ontwikkeling van 'het zelf' dat gebrekkig mentaliseren gerelateerd is aan verschijnselen zoals dissociatie, affectdisregulatie, persoonlijkheidsstoornissen en interpersoonlijke problemen.

Dissociatie is karakteristiek voor veel somatoforme stoornissen, wat aannemelijk maakt dat gebrekkig mentaliseren een rol speelt in het ontstaan of in stand houden van OLK. Zo wordt dissociatie al sinds Janet (1907) herkend als een centraal mechanisme bij conversiestoornissen; Nijenhuis (2000) spreekt in dit verband van somatoforme dissociatie. Affectdisregulatie neemt in de theorievorming van somatoforme stoornissen een speciale plaats in. Onderzoek naar de rol van alexithymie bij deze stoornissen kan eveneens in

deze context worden geplaatst. Patiënten met somatoforme stoornissen blijken emotionele opwinding zeer selectief waar te nemen en hebben moeite om emoties en gevoelens te identificeren en deze te onderscheiden van fysieke sensaties (Bankier e.a. 2001; De Gucht e.a. 2004; Kooiman e.a. 2000; 2004; Waller & Scheidt 2006). Verder valt op dat deze patiënten vaak hun affecten overcontroleren terwijl zij juist veel negatief affect hebben (Van Dijke 2008; Noyes e.a. 2001; Waller & Scheidt 2004; Zlotnik e.a. 2001).

Gebrekkig mentaliseren leidt volgens Fonagy en collega's (2002) tot een problematische persoonlijkheidsorganisatie en eventueel persoonlijkheidsstoornissen. Uit diverse studies blijkt dat 60 tot 70% van de patiënten met somatoforme stoornissen één of meer comorbide persoonlijkheidsstoornissen heeft (Hudziak e.a. 1996; Noyes e.a. 2001; Stuart & Noyes 1999), wat mede het gevolg kan zijn van gebrekkig mentaliseren.

Ten slotte ervaren patiënten met OLK vaak interpersoonlijke problemen (Spaans 2006). Men begrijpt eigen en andermans innerlijke ervaringen niet en voelt zich snel niet begrepen, gehoord of aangevoeld door hulpverleners. Dit leidt niet zelden tot een toename van zorgconsumptie (Barsky e.a. 2005; Ciechanowski 2002). Het gedrag van deze patiënten roept bovendien snel sociale afwijzing op waar zij emotioneel zeer gevoelig op kunnen reageren vanwege hun intense verlangen naar bevestiging en steun (Stuart & Noyes 1999).

ROL VAN AANDACHTSPROCESSEN

Lichaamsmentalatie kan gezien worden als een preconceptueel proces dat invloed heeft op hoe mensen hun lichaam waarnemen en van daaruit onwillekeurig handelen. In dit verband belicht Brown (2004) bij OLK de werking van bewuste en onbewuste aandachtsmechanismen binnen het cognitieve systeem. Hij maakt onderscheid tussen een onbewust werkend *primaire* aandachtssysteem dat, via primaire representaties, indrukken en gedragingen stuurt die snel en hoogst efficiënt zijn. Dit is een automatisch, spontaan, intuïtief

proces dat het individu met een zichzelf bewijzende geldigheid ervaart. Zonder na te denken nemen mensen bijvoorbeeld geen koffie als zij buikpijn hebben. Daarnaast is er een *secundaire* aandachtssysteem dat vervolgens bewust de acties en cognities 'bijstuurt' met oog op langetermijndoelen ('Laat ik nu toch maar koffie nemen, want ik heb een lange dag voor me en kan wel wat energie gebruiken').

Bij OLK dwingen, volgens Brown, vooral niet-adequate primaire representaties ('pijn gaat nooit meer over') tot eenzijdige informatieselectie (zoals alleen lichaamssignalen waarnemen die op pijn wijzen). Gebrekkige lichaamsmentalatie heeft vermoedelijk vooral invloed op dit primaire aandachtssysteem. Doordat men lichamelijke ervaringen (en klachten) niet voldoende in het licht van mentale processen kan ervaren, stuurt het primaire aandachtssysteem de klachtervaring in de richting van een spontane en absolute (zwart-wit)beleving. Hierbij ervaart men nauwelijks nog invloed via het secundaire aandachtssysteem, wat de hardnekkigheid van de klachten in de hand werkt.

VASTSTELLEN VAN GEBREK AAN LICHAAMSMENTALISATIE

Het begrip 'reflectieve functie' is een operationalisatie van het begrip 'mentaliseren'. Fonagy e.a. (1998) ontwikkelden de *Reflective Functioning Scale* (RFS), een negenpuntsschaal waarmee men de reflectieve functie kan bepalen. Deze schaal wordt bij volwassenen vooral toegepast op het gehechtheidsbiografisch interview (GBI), in het Engels *Adult Attachment Interview* (AAI) genoemd en op het *Parent Development Interview* (PDI), dat mentalisatie betreffende moeder-kindinteractie in kaart brengt.

In het belang van onderzoek en behandeling van OLK is er een duidelijke behoefte aan minder tijds- en arbeidsintensieve instrumenten voor het vaststellen van het vermogen tot lichaamsmentalatie. Een zelfinvulvragenlijst lijkt minder geschikt, omdat mensen met OLK sterk sociaal

wenselijk reageren. Met de RFS omzeilt men de sociale wenselijkheid, omdat het mentaliserend vermogen alleen bepaald wordt op de kwaliteit van de taal, niet op de inhoud. Afname van de AAI en codering van de RFS zijn echter tijdsintensief en daarom in praktijk vaak minder bruikbaar.

In afwachting van minder tijdrovende instrumenten kunnen beperkingen in lichaamsmentalitisatie zichtbaar worden door patiënten vragen te stellen die beogen deze mentalisatie op te roepen zoals: 'wat gaat er in je om, als je op je rugpijn let?' of 'hoe voelde je je toen je vader je pijnlijke arm zo aanraakte?' en 'heb je enig idee wat er in hem omging toen hij dat deed?' Uit non-verbale reacties van patiënten kan men opmaken of lichaamsmentalitisatie problematisch is. Patiënten kunnen bijvoorbeeld incongruent reageren: zij vertellen iets over hun innerlijk, maar drukken met hun lichaam iets anders uit. Of patiënten reageren erg gespannen of onrustig zonder dat dit overeenkomt met wat zij rapporteren over hun emoties. Ook kan het zijn dat patiënten zich lichamelijk

afkeren van degene die de vraag stelt.

In de verbale reactie van de patiënt op een vraag die lichaamsmentalitisatie tracht op te roepen kunnen de in tabel 1 genoemde kenmerken wijzen op een gebrek aan lichaamsmentalitisatie.

THERAPIE GERICHT OP LICHAAMSMENTALISATIE

Hoewel er nog onvoldoende onderzoek is dat aantoonst welke rol (lichaams)mentalitisatie precies speelt bij het ontstaan en in stand houden van dergelijke klachten, hebben wij bij veel van onze patiënten de indruk dat zij ook voordat klachten zich ontwikkelden al moeite hadden met (lichaams)mentalitisatie. Later worden hun klachten hierdoor wellicht in stand gehouden of verergerd en de capaciteit tot lichaamsmentalitisatie kan verder dalen.

Om die reden richt onze behandeling zich expliciet op deze lichamelijke aspecten, vooral wanneer de patiënt tot dan toe onvoldoende rea-

TABEL 1 Kenmerken van verbale reacties die kunnen wijzen op een gebrek aan lichaamsmentalitisatie	
Lichaamsconcretisme	mentale realiteit gelijkstellen aan de waargenomen uiterlijke realiteit, bijv. zich ziek voelen zonder meer gelijkstellen met ziek zijn
Lichaamsabsolutisme	zich ongenueanceerd uitlaten over het lichaam zoals: 'Mijn lichaam is helemaal ziek of het is helemaal gezond'
Overmatig detailleren	te gedetailleerd rapporteren van gebeurtenissen zonder gevoelens, motieven en gedachten te noemen of te tonen, bijv. veel, omstandig en gedetailleerd praten over pijn in de heupen zonder daarbij enige emotie te tonen
Distantiëren	externaliseren door uitgebreid te praten over wat dokters en uitkeringsinstanties van bijv. vermoeidheid vinden zonder te tonen welke gedachten en neigingen men daarbij zelf ervaart; het niet over het 'hier en nu' willen hebben of doen alsof somatisch-psychische ervaringen geen deel van zichzelf zijn: 'Dat gekke been dat het niet doet, ik vind dat maar niks'
Nadruk op fysieke labels en oplossingen	uitgebreid vertellen over diagnose (bijv. 'fibromyalgie') en in beslag genomen worden door louter fysieke remedies zonder iets van de eigen innerlijke ervaring bij de lichamelijke klachten te vermelden
Preoccupatie met regels, ge- en verboden	veel nadruk leggen op hoe iemand zelf en anderen zouden moeten leven zonder stil te staan bij eigen innerlijke ervaringen
Agressie en afkeuring	zich agressief uitlaten (bijv. 'die rotte arm'); afkeurende opmerkingen maken of verklaringen geven over lichamelijke ervaringen van zichzelf of anderen ('Deze klacht is de straf voor mijn slechte daden')
Lege woorden	gebruiken van 'clichématige' of 'ingeblikte' woorden die lijken te verwijzen naar een mentale toestand, maar dat niet doen, bijv. 'Iedereen heeft wel eens wat' of 'Ik voel me niet optimaal'
Geen woorden	geen woorden hebben die passen bij de innerlijke ervaring bij een lichaamssignaal

geerde op de gebruikelijke en minder intensieve therapieën. Van essentieel belang is het bieden van een veilige therapeutische situatie waarbinnen gehechtheid en wederkerigheid kunnen optreden tussen patiënten onderling en tussen patiënten en teamleden. Het relationele aspect wordt hierbij sterk benadrukt: het gaat zowel om leren herkennen en interpreteren van eigen lichaamssignalen als die van anderen. De behandeling gaat ervan uit dat patiënten beter leren te mentaliseren binnen corrigerende hechtingsrelaties met therapeuten. Hierin vinden verbale en non-verbale spiegelprocessen plaats die het mentaliseren van lichaamssignalen bevorderen.

Aspecten van de behandeling

We kunnen een aantal aspecten bij deze benadering onderscheiden zoals: uitleg over wat mentaliseren is; leren waarnemen van lichaamssignalen; leren mentaliseren van lichamelijke waarnemingen middels symbolisatie en verbalisatie; en leren mentale betekenis geven aan de fysieke reactie van de ander.

Multidisciplinaire aanpak

Deze benadering is bij uitstek multidisciplinair en vooral geschikt binnen een specialistische klinische setting of deeltijdsetting. Ze dient zowel lichaamsgericht (somatische arts, psychosoma-tisch georiënteerde fysiotherapeut, psychomotorische therapeut, verpleegkundige) als psychologisch gericht te zijn (psychiater, psychotherapeut, sociotherapeut, maatschappelijk werkende), met op het grensvlak van beide de creatief of kunstzinnig therapeut. Het is van cruciaal belang dat therapeuten ontvankelijk zijn voor de mentale kant van de lichamelijke uitingen van de patiënten, en hierop zodanig reageren dat dezen het eigen innerlijk beter leren kennen en doorvoelen.

Inhoud van de therapie

De therapie volgt een sequentieel principe.

De basistherapieën zijn lichaamsgericht. In de psychosomatische fysiotherapie en psychomotorische therapie leren patiënten eerst meer voeling te krijgen met lichaamssignalen en er een mentale betekenis bij te ervaren (vaak eerst nog zonder woorden, bijvoorbeeld door ze uit te drukken in houding of beweging). De aanvankelijk nog moeilijk te benoemen innerlijke toestanden kunnen ook symbolisch worden uitgedrukt in de kunstzinnige therapie.

Nadat de patiënten hebben geleerd aan dit alles 'woorden te geven' kunnen de verschillende teamleden hier ook verbaal op ingaan. In het dagelijkse leefmilieu op de afdeling en in psychotherapeutisch getinte groepen kunnen patiënten vervolgens lichamelijke ervaringen verbaal uitwisselen en zo hun begrip ervan uitbreiden. Cognities, emoties en gedragingen op het gebied van lichamelijke klachten worden zo beter bereikbaar voor bewuste veranderingsprocessen (bijvoorbeeld via CGT), waardoor men anders met klachten leert om te gaan. In die zin is de op lichaamsmentalising gerichte therapie een zinvolle aanvulling op CGT. Soms is het een noodzakelijke voorbereiding hierop.

Deze intensieve klinische of deeltijdtherapie past goed in een *stepped-care* model. Als een poliklinische behandeling met CGT of fysiotherapie niet effectief genoeg blijkt te zijn, kan overwogen worden deze intensievere behandeling als een volgende stap toe te voegen.

CONCLUSIE

Recent is er belangstelling ontstaan voor de samenhang tussen vooral ernstige vormen van OLK, gehechtheid en mentaliserend vermogen. Verschillende onderzoeken laten zien dat patiënten met ernstige OLK een onveilige gehechtheidsstijl hebben en dus waarschijnlijk ook gekenmerkt worden door tekorten in (lichaams-)mentaliseren.

Het lijkt belangrijk om bij deze patiënten het diagnostisch en therapeutisch perspectief te verbreden en ook de lichamelijke aspecten van men-

talisisatie (lichaamsmentalisisatie) in beschouwing te nemen. Deze patiënten begrijpen immers hun eigen lichaamssignalen niet goed, communiceren hier onduidelijk over en voelen zich vervolgens onbegrepen. Dit leidt vaak tot een toename van zorgconsumptie.

Hiermee willen wij niet suggereren dat er een eenduidig oorzakelijk verband tussen een gebrek aan lichaamsmentalisisatie en somatoforme stoornissen kan worden gelegd. Wel zouden een expliciete op lichaamsmentalisisatie gerichte diagnostiek en behandeling bij ernstige OLC volgens ons de werkzaamheid van gebruikelijke therapieën zoals CGT kunnen versterken en aanvullen.

Verder onderzoek, niet alleen naar de diagnostische en therapeutische relevantie van een gebrek aan lichaamsmentalisisatie, maar bijvoorbeeld ook naar de relatie van dit concept met alexithymie, traumatische ervaringen in de kindertijd en dissociatie is wenselijk.

 Prof.dr. B. Van Houdenhove deed waardevolle suggesties bij het schrijven van dit manuscript.

LITERATUUR

- Allen, L.A., Escobar, J.I., Lehrer, P.M., e.a. (2002). Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosomatic Medicine*, 64, 939-950.
- Allen, L.A., Woolfolk, R.L., Escobar, J.I., e.a. (2006). Cognitive behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1512-1518.
- Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42, 235-240.
- Bartsky, A.J., Orav, E.J., & Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-910.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11, 3829-3834.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, 1155-1166.
- Brown, R.J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130, 793-812.
- Ciechanowski, P.S., Walker, E.A., Katon, W.J., e.a. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatisation. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667.
- Dijke, A. van (2008). The clinical assessment and treatment of trauma related self- and affect dysregulation. In A. Vingerhoets, J. Denollet & I. Nyclick (Red.), *Emotion regulation, conceptual and clinical issues*. New York: Springer.
- Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411-430.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., e.a. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., e.a. (1998). *Reflective Functioning manual (version 5.0) for application to adult attachment interviews*. Unpublished manual. London: Psychoanalysis Unit, Sub-Department of Clinical Health Psychology, University College London.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 55, 411-456.
- Gergely, G. (2007). The social construction of the subjective self: the role of affect-mirroring, markedness, and ostensive communication in self development. In L. Mayes, P. Fonagy, & M. Target (red.), *Developmental science and psychoanalysis*. London: Karnac.
- Gucht, V. de, Fischler, B., & Heiser, W. (2004). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 36, 1655-1667.
- Henningsen, P., Hartkamp, N., Loew, T., e.a. (2002). *Somatoforme Störungen: Leitlinien und Quellentexte*. Stuttgart: Schattauer.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes: approaches and evidence. *Lancet*, 369, 946-955.
- Heymann-Monnikes, I., Arnold, R., Florin, I., e.a. (2000). The combination of medical treatment plus multicomponent behavioral therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome. *American Journal of Gastroenterology*, 95, 981-94.
- Houdenhove, B. Van (2001). Somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 83-93.
- Hudziak J.J., Boffeli, T.J., Kreisman, J.J., e.a. (1996). Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality

- disorder, and substance abuse disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1598-1606.
- Kooiman, C.G., Bolk, J.H., Brand, R., e.a. (2000). Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? *Psychosomatic Medicine*, 62, 768-778.
- Kooiman, C.G., Bolk, J.H., Rooijmans, H.G., e.a. (2004). Alexithymia does not predict the persistence of medically unexplained physical symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 66, 224-232.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69, 881-888.
- Kroenke, K., & Swindle, R. (2000). Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 205-215.
- Looper, K.J., & Kirmayer, L.J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 810-827.
- Nijenhuis, E.R.S. (2000). Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders. *Trauma and Dissociation*, 1, 7-32.
- Noyes, R., Jr., Langbehn, D.R., Happel, R.L., e.a. (2001). Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics*, 42, 320-329.
- Prins, J.B., Bleijenberg, G., Bazelmans, e.a. (2001). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicenter randomised controlled trial. *Lancet*, 357, 841-847.
- Schmeets, M.G.J., & van Reekum, A.C. (2007). Infant onderzoek en neurowetenschappen. In E.H.M. Eurlings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen (Red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie*. (pp. 21-36). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Shaw, J., & Creed, F. (1991). The cost of somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 307-312.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., e.a. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7, 283-298.
- Spaans, J. (2006). Somatoforme stoornissen. In J.E.J.M. Hovens & H.J.G.M. van Megen (Red.), *Handboek psychologische psychiatrie*. (pp. 301-322). Utrecht: de Tijdstroom.
- Speckens, A.K., van Hemert, A.M., Spinhoven, P., e.a. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *BMJ*, 311, 1328.
- Stuart, S., & Noyes, R., Jr. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40, 34-43.
- Sumathipala, A., Hewege, S., Hanwell, R., e.a. (2000). Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka. *Psychological Medicine*, 30, 747-757.
- Sumathipala, A. (2007). What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosomatic Medicine*, 69, 889-900.
- Veselka, L., Bühring, M.E.F., & Prins, L. (2008). Mentalization among patients with severe psychosomatic disorders. European Society for Trauma and Dissociation. First Bi-Annual International Conference. Chronic traumatization: disrupted attachment and the dissociative mind. Amsterdam. Program and Abstract Book.
<http://www.estd.org/conferences/conference08/A5%20programmaboek%20estd%20complete%20overkleind.pdf>
- Visser, S., & Bouman, T.K. (2001). The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention versus cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 423-442.
- Waller, E., & Scheidt, C.E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation. A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 239-247.
- Waller, E., & Scheidt, C.E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18, 13-24.
- Zlotnick, C., Mattia, J.I., & Zimmerman, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 177-188.

AUTEURS

J.A. SPAANS is als klinisch psycholoog verbonden aan het Kenniscentrum voor Psychosomatiek, Eikenboom, Altrecht te Zeist.

L. VESELKA is als klinisch psycholoog verbonden aan het Kenniscentrum voor Psychosomatiek, Eikenboom, Altrecht te Zeist.

P. LUYTEN is hoogleraar Psychologie aan het departement Psychologie, KU Leuven.

M.E.F. BÜHRING is als psychiater en medisch manager verbonden aan het Kenniscentrum voor Psychosomatiek, Eikenboom, Altrecht te Zeist.

Correspondentieadres: drs. J.A. Spaans, Eikenboom, Kenniscentrum Psychosomatiek, Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK Zeist.

E-mail: J.Spaans@Altrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-8-2008.

SUMMARY

Bodily aspects of mentalization: a therapeutic focus in the treatment of patients with severe medically unexplained symptoms – J.A. Spaans, L. Veselka, P. Luyten, M.E.F. Bühring –

BACKGROUND Our knowledge about medically unexplained symptoms (MUS) is increasing, but translating this knowledge into more effective treatment, particularly if symptoms are severe, continues to be problematical.

AIM To clarify the physical aspect of mentalisation (body-mentalisation) and to outline a theoretical perspective of body-mentalisation, starting from theories such as the attachment theory and the mentalisation theory, and to describe the diagnostic and therapeutic value of this approach.

METHODS Clinical experience with body-mentalisation led to a systematic literature search (via PsycInfo and Medline).

RESULTS Body-mentalisation is the ability to detect the signals of our own and of other, to respond to them and perceive the links with underlying mental states. Poor body-mentalisation occurs frequently in patients with severe MUS and can be treated successfully by means of intensive residential or day-therapy programmes.

CONCLUSION Body-mentalisation may turn out to be a useful concept in connection with the treatment of persons with severe MUS. More research is needed to test the diagnostic validity and therapeutic relevance of this concept.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)4, 239-248]

KEY WORDS body-mentalisation, medically unexplained symptoms, mentalisation, unexplained physical symptoms