

Lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie bij patiënten met een somatisch-symptoomstoornis

M. Feldmann-Sinnige, S. Pielage, J.F. van Eck van der Sluijs

- Achtergrond** Lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie (L-MBT) wordt in de (hoog)specialistische ggz ingezet bij de behandeling van patiënten met een ernstige somatisch-symptoomstoornis of conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) (ESS). L-MBT richt zich voornamelijk op het vergroten van het bewustzijn van lichamelijke sensaties en de integratie ervan met psychische functies zoals denken, voelen of zich herinneren. Het doel van L-MBT is dat patiënten met ESS leren mentaliseren over hun lichaamssignalen en de bijbehorende innerlijke ervaringen. Er zijn gunstige ervaringen in de klinische praktijk, maar het werkingsmechanisme en de effectiviteit van behandeling met L-MBT zijn nog onvoldoende wetenschappelijk aangetoond.
- Doel** Onderzoeken of lichaamsbewustzijn en mentaliserend vermogen bij patiënten met ESS verbeteren gedurende een intensief behandeltraject gestoeld op L-MBT.
- Methode** 51 patiënten in intensieve behandeling bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom, een hoogspecialistisch behandelcentrum voor volwassenen met ESS, werden bij aanvang, halverwege en aan het eind van het L-MBT-behandeltraject onderzocht op lichaamsbewustzijn en mentaliserend vermogen. Het lichaamsbewustzijn van patiënten werd in kaart gebracht met de Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2), het mentaliserend vermogen met de Mentalization Questionnaire (MZQ).
- Resultaten** Zowel het lichaamsbewustzijn als het mentaliserend vermogen verbeterde aanzienlijk gedurende de intensieve behandeling op basis van L-MBT, resulterend in een grote effect size.
- Conclusie** L-MBT lijkt daarmee een veelbelovende effectieve behandelvorm voor patiënten met ESS.

In de DSM-5-TR wordt een *somatisch-symptoomstoornis* geassocieerd als er sprake is van aanhoudende lichamelijke klachten die het functioneren beperken of lijdensdruk veroorzaken. Bij het aanhouden van de lichamelijke klachten kunnen zowel biologische, psychologische als sociale factoren een rol spelen. Het kan daarbij gaan om klachten in de context van een (adequaat behandelde) ziekte of klachten in de afwezigheid van een bekende ziekte.

Het belangrijkste kenmerk van patiënten met een somatisch-symptoomstoornis of conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) is de disfunctionele omgang met deze lichamelijke klachten: er bestaan disproportionele en persisterende gedachten over de ernst van de symptomen, er is sprake van een voortdurend hoog niveau van angst over hun gezondheid en

patiënten besteden excessief veel tijd en energie aan hun symptomen of gezondheid.¹

Deze klachten werden in de DSM-IV-TR geplaatst onder de somatoforme stoornissen of in bijvoorbeeld de zorgstandaard onder de term 'somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten' (SOLK). Tegenwoordig worden SOLK vaak aangeduid als ALK: aanhoudende lichamelijke klachten. In dit artikel gebruiken we de afkorting ESS voor gediagnosticeerde ernstige somatisch-symptoomstoornis of conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis).

Uit diverse onderzoeken van de afgelopen jaren is gebleken dat patiënten met ESS moeite kunnen hebben om de signalen van het eigen lichaam waar te nemen en deze te koppelen aan hun innerlijke ervaringen. Voorheen werden mensen met ESS vaak 'alexithym' genoemd, het-

AUTEURS

Marjolein Feldmann-Sinnige, klinisch psycholoog, ten tijde van dit onderzoek: Altrecht Psychosomatiek Eikenboom; thans: Arkin/NPI.

Suzanne Pielage, klinisch psycholoog, ten tijde van dit onderzoek: Altrecht Psychosomatiek Eikenboom; thans: Goedebuur/Care to Change.

Jonna van Eck van der Sluijs, psychiater, ten tijde van dit onderzoek: Altrecht Psychosomatiek Eikenboom; thans: Mentaal Beter.

Correspondentie

Marjolein Feldmann-Sinnige
(marjolein.feldmann-sinnige@arkin.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-7-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(9):542-548

geen betekent dat er weinig woorden zijn voor emoties en lichamelijke ervaringen.² Patiënten met ESS nemen emoties selectief waar, hebben moeite met het herkennen en benoemen van emoties en hebben moeite om emoties te onderscheiden van fysieke sensaties.^{3,4} Meer recent werd er ook onderzoek verricht naar mogelijke beperkingen in het mentaliserend vermogen van patiënten met ESS. Verondersteld werd dat het niet adequaat leren mentaliseren over emoties en het lichaam zou kunnen leiden tot een somatisch-symptoomstoornis. In een overzichtsartikel concludeert Subic-Wrana op basis van de beschikbare (beperkte) empirische evindentie dat bij patiënten met een somatisch-symptoomstoornis inderdaad zowel het lichaamsbewustzijn als het mentaliserend vermogen minder sterk is ontwikkeld.⁵

Lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie

Op basis van klinische ervaring en wetenschappelijke inzichten ontwikkelden Spaans en collega's juist voor deze groep patiënten lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie (L-MBT). L-MBT richt zich voornamelijk op het vergroten van het bewustzijn van lichamelijke sensaties en de integratie ervan met psychische functies zoals denken, voelen of herinneren. Het doel van L-MBT is dat patiënten met ESS leren mentaliseren over hun lichaamssignalen en de bijbehorende innerlijke ervaringen. Bij L-MBT ligt het accent meestal eerst op stilstaan bij lichamelijke sensaties, waarbij deze expliciet worden benoemd en besproken. Daarna kan de focus van de therapie verschuiven van lichaamsgericht naar meer emotiegericht. De veronderstelling is dat L-MBT bijdraagt aan het vergroten van het lichaamsbewustzijn, emotiegerichte belevingen en mentaliserend vermogen, waardoor patiënten na behandeling met L-MBT een betere kwaliteit van leven ervaren.⁶

Tot op heden is echter geen meetinstrument ontwikkeld voor lichaamsgericht mentaliseren. In dit artikel operationaliseren wij het begrip lichaamsgericht mentalise-

ren dan ook door twee afzonderlijk beschreven elementen, te weten lichaamsbewustzijn en mentaliseren.

Lichaamsbewustzijn

De wereld om ons heen ervaren we via ons lichaam en met alles wat wij doen en denken resoneert het lichaam mee. Zo spreken we van 'klamme handjes' wanneer iemand zenuwachtig is of voelt men 'het hart in de keel kloppen' op spannende momenten. In de afgelopen jaren is, ook in de spreekkamer, meer aandacht ontstaan voor de samenhang tussen lichaam en geest. Verondersteld wordt dat een zekere mate van lichaamsbewustzijn van belang is bij het kunnen ervaren en benoemen van emoties en het psychisch welbevinden.⁷ Een belangrijke voorwaarde voor lichaamsbewustzijn is het vermogen tot *interoceptie*; het vermogen van een organisme om prikkels van binnenuit het eigen lichaam waar te nemen. Het gaat daarbij zowel om het waarnemen van de fysiologische conditie van het lichaam: temperatuur, pijn, hartslag, honger etc. als om het kunnen waarnemen van affecten.⁸ Pas wanneer prikkels vanuit het lichaam kunnen worden waargenomen, kunnen deze van betekenis worden voorzien. In nieuwere therapievormen wordt steeds meer aandacht besteed aan de potentiële waarde van het interoceptieve lichaamsbewustzijn en het beter leren herkennen van subtiele lichamelijke sensaties.⁹ Recent onderzoek laat zien dat patiënten met ESS en hun therapeuten het herkennen, ervaren en begrijpen van lichaamssignalen als belangrijkste behandeldoel zien.¹⁰

Mentaliseren

Mentaliseren staat voor de mentale activiteit die ons in staat stelt menselijk gedrag te zien en te interpreteren in termen van intentionele mentale toestanden (behoeften, gevoelens, overtuigingen, bedoelingen, etc.). Het gaat dus niet alleen om het begrijpen van gedrag van de ander, maar ook om het begrijpen van het eigen gedrag en de binnenwereld.¹¹ Om te kunnen mentali-

seren neemt men aan dat aandacht geven aan wat in het lichaam gevoeld wordt, een belangrijke vereiste is. Wanneer stress of lichamelijke klachten toenemen, komt het mentaliserend vermogen onder druk te staan. Dit veroorzaakt problemen in de emotieregulatie, hetgeen weer tot meer stress en meer lichamelijke klachten kan leiden.¹²

Lichaamssignalen en emoties die men niet herkent, kan men ook niet verdragen en verwoorden. De opgebouwde spanning die hoort bij de emotie blijft dan langer in het lichaam aanwezig, hetgeen tot meer lichamelijke klachten en een toename van stress kan leiden.^{7,9} Men veronderstelt dat patiënten met ESS in termen van mentaliseren vooral moeite hebben met het fysieke aspect van mentaliseren: zij ondervinden problemen bij het affectief en cognitief integreren van lichaamssensaties en de emoties die daarbij horen.

Hartkloppingen kan men dan interpreteren als de eerste signalen van een hartaanval, in plaats van als een fysieke uiting van stress. Of andersom: door sensitiviteit ervaart men pijn sterk en is men overgevoelig voor signalen van buitenaf geworden.^{6,7} Behandeling met L-MBT is erop gericht om het lichaamsbewustzijn en mentaliserend vermogen van patiënten toe te laten nemen door actief stil te staan en aandacht te schenken aan de lichaamssignalen die patiënten ervaren en deze te koppelen aan innerlijke ervaringen zoals gedachten, gevoelens, verlangens of herinneringen. De focus van behandeling met L-MBT is het expliciet en bewust leren lichaamssignalen te mentaliseren.

Onderzoeksvragen

Alhoewel L-MBT als behandelmethodiek haar waarde heeft bewezen in de klinische praktijk is er nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar verricht. Om een eerste aanwijzing te krijgen over het effect van L-MBT, onderzochten we of patiënten gedurende een intensief behandeltraject gestoeld op L-MBT veranderingen lieten zien in hun lichaamsbewustzijn en mentaliserend vermogen. We verwachtten een toename te zien in zowel het lichaamsbewustzijn als het mentaliserend vermogen van patiënten gediagnosticeerd met een ernstige somatisch-symptoomstoornis of een conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis).

METHODE

Wij verrichtten een observationeel longitudinaal onderzoek met drie meetmomenten; bij de start (T1), halverwege (T2) en aan het einde (T3) van de intensieve behandeling.

Setting

Altrecht Psychosomatiek Eikenboom is een gespecialiseerd derdelijnscentrum en biedt multidisciplinaire klinische, deeltijd- en poliklinische behandeling voor patiënten met ESS. Verwezen patiënten worden gekenmerkt

door chronische en multipale somatische klachten, ernstige fysieke en psychosociale beperkingen en geen of onvoldoende herstel in reactie op eerdere behandeling in de eerste en/of de tweede lijn (zoals: cognitieve gedragstherapie, fysiotherapie, revalidatie etc.). De L-MBT-methodiek is geïntegreerd in alle therapieën binnen Eikenboom. Alle professionals (artsen, psychiaters, psychologen, fysiotherapeuten, vaktherapeuten, verpleegkundigen en maatschappelijk werkenden) zijn geschoold in L-MBT en integreren deze benadering in hun therapie. Zij beschouwen lichaamsgericht mentaliseren als een betekenisvolle 'rode draad'. Spaans publiceerde een beschrijving van het behandelprogramma en de basisprincipes van L-MBT.⁶ Er zijn vier intensieve behandelprogramma's (2- en 3-daagse deeltijdbehandeling en twee klinische behandelingen) die 18 tot 24 weken beslaan en inhoudelijk, qua vorm en doelgroep, vergelijkbaar zijn. Ze verschillen slechts in intensiteit en duur van de behandeling.

Onderzoeksgroep

Alle patiënten bij wie, na een intakeprocedure binnen Eikenboom, een indicatie was gesteld voor de intensieve behandelprogramma's werden benaderd wanneer de start van de behandeling binnen 6 tot 8 weken gepland was. Bij deze patiënten is, naast de genoemde criteria, sprake van ernstige beperkingen in het functioneren en een gebrek aan ervaren regie/veranderbaarheid van de genoemde klachten. Ook wordt gedacht aan de intensievere programma's wanneer de reistijd (qua mogelijke belastbaarheid) een (te) grote belemmering zal vormen voor een laagfrequenter ambulante behandeling. Er zijn geen specifieke (contra-)indicaties voor de intensieve behandelprogramma's, aangezien bij alle patiënten in behandeling binnen Eikenboom sprake is van ernstige, chronische en meerdere klachten. Voor het onderzoek waren er geen aanvullende exclusiecriteria.

Voor de poweranalyse gingen we uit van een middelgroot effect ($F = 0,25$) en een minimaal te verwachten correlatie ($0,50$), $\alpha = 0,05$, power ($1-\beta$) = $0,80$ en 2 metingen (T1 en T3). Gebaseerd op de poweranalyse waren minimaal 34 respondenten nodig.

51 patiënten (33 vrouwen; gemiddelde leeftijd 41,1 (SD 14,6) jaar) namen deel aan de drie metingen binnen het onderzoek. Van deze groep waren 31 patiënten alleenstaand, de overige patiënten hadden een vaste relatie. Qua opleidingsniveau hadden 9 patiënten een wetenschappelijke opleiding afgerond, 12 patiënten een hbo, 10 een mbo, 18 het middelbaar onderwijs en voor 2 mensen was het basisonderwijs de hoogst afgeronde opleiding.

Procedure

Patiënten werden ten tijde van een indicatiegesprek, tussen intake en de start van de behandeling, benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Na tekenen van de *informed consent* vonden metingen plaats bij de start (T1), halverwege (T2) en aan het einde van de

intensieve behandeling (T3). Voor het gehele onderzoek verkregen we toestemming van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van Altrecht (CWO-nr. 2017). Dataverzameling vond plaats tussen december 2020 en maart 2022.

Instrumenten

De *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA-2) werd gebruikt om het lichaamsbewustzijn te meten. De MAIA-2 meet verschillende dimensies van het bewuste niveau van de interoceptieve lichaamsbeleving en is gevoelig voor verandering in deze beleving.¹³ De MAIA-2 is een van oorsprong Amerikaanse ‘state-trait’-zelfbeoordelingsvragenlijst van 37 items, waarin men het interoceptieve lichaamsbewustzijn verdeelt over 8 schalen: waarnemend, niet-afleidend, niet-verontrustend, aandachtsregulering, emotioneel bewustzijn, zelfregulering, luisteren naar uw lichaam en vertrouwen. Antwoorden worden gegeven op een 6-puntsschaal (0 t/m 5), waarbij een hoge score een hoge mate van lichaamsbewustzijn beschrijft. De interne consistentie is acceptabel (Cronbachs α voor de verschillende schalen bedraagt 0,64 tot 0,83). In 9

landen, naast Amerika, hebben, sinds de ontwikkeling, validatiestudies plaatsgevonden waarbij de factorstructuur telkens is bevestigd.⁸

We gebruikten de *Mentalization Questionnaire* (MZQ) om het mentaliserend vermogen van de patiënten vast te stellen. De MZQ is een van oorsprong Duitse vragenlijst bestaande uit 15 items. Antwoorden worden gegeven op een 5-puntsschaal (0 t/m 4), waarbij na hercodering een hoge score wijst op meer mentaliserend vermogen (totaalscore 0-60). In het originele Duitse onderzoek zijn de psychometrische kwaliteiten van de vragenlijst onderzocht en vond men een goede betrouwbaarheid ($\alpha = 0,81$) en voldoende validiteit.¹⁴ In Nederlands onderzoek werd opnieuw geconcludeerd dat de MZQ voldoende valide en betrouwbaar was ($\alpha = 0,81$).¹⁵

Statistische analyse

Gemiddelden voor de drie meetmomenten (T1, T2 en T3) werden berekend voor de scores op de verschillende schalen van de MAIA-2 en de totaalscore van de MZQ. Voorafgaand aan de analyses toetsten we de aannames voor de normaalverdeling. Er was sprake van voldoende homogeniteit. Er werden geen afwijkingen voor *skewness*

Tabel 1. Gemiddelde scores (M) en standaarddeviaties (SD) op T1, T2 en T3 en de resultaten van de ANOVA met partiële η^2 en paarsgewijze vergelijkingen (n = 49-51)

Schaal	T1	T2	T3	Wilks' Δ	p	partiële η^2	meting (gem. verschil)		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	Meting 1-2		Meting 2-3	Meting 1-3	
MAIA-2									
Waarnemend	2,700 (0,948)	3,100 (0,813)	3,360 (0,645)	18,36	< 0,001	0,43	0,400***	0,260**	0,660***
Niet-afleidend	1,363 (0,845)	1,883 (0,887)	2,310 (0,841)	20,64	< 0,001	0,46	0,520**	0,427**	0,947***
Niet verontrustend	2,761 (0,935)	2,929 (0,875)	3,047 (0,882)	2,53	0,09		0,169	0,118	0,286
Aandachtsregulering	2,129 (0,984)	2,500 (0,810)	2,826 (0,612)	15,77	< 0,001	0,40	0,371**	0,326**	0,697***
Emotioneel Bewustzijn	2,920 (0,892)	3,208 (0,871)	3,532 (0,706)	17,38	< 0,001	0,42	0,288**	0,324**	0,612***
Zelfregulering	2,041 (1,111)	2,311 (0,901)	2,725 (0,850)	16,73	< 0,001	0,42	0,270	0,413***	0,684***
Luisteren naar uw lichaam	1,909 (1,077)	2,529 (0,820)	3,059 (0,698)	33,90	< 0,001	0,58	0,621***	0,529***	1,150***
Vertrouwen	1,686 (1,397)	1,935 (1,191)	2,516 (1,372)	29,30	< 0,001	0,55	0,248	0,582***	0,830***
MZQ									
Totaalscore	42,640 (10,673)	44,820 (10,311)	47,120 (9,884)	8,88	< 0,001	0,27	2,180	2,300	4,480***

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

en kurtosis gevonden. (Skewness betreft de asymmetrie van de verdeling en kurtosis de welving (staartdikte) ervan.)

Om te onderzoeken of er gedurende de behandeling met L-MBT sprake was van een verandering in lichaamsbewustzijn voerden we in eerste instantie een *repeated measures*-MANOVA (multivariate variantieanalyse) uit voor de verschillende schalen van de MAIA-2. Vervolgens voerden we een variantieanalyse voor herhaalde metingen (*one-way-repeated measures-ANOVA*) uit op zowel de schalen van de MAIA-2 als de totaalscore van de MZQ. De effectgrootte van beide analyses werd uitgedrukt in partiële η^2 . Post hoc keken we naar de veranderingen in gemiddelden op de verschillende schalen en de verschillende meetmomenten.

RESULTATEN

Primaire uitkomsten

Voor de MAIA-2 werd een groot algemeen effect gevonden op de *repeated measures*-MANOVA: $F(16,0, 166,0) = 5,74$; $p < 0,001$, partiële $\eta^2 = 0,36$.

In **tabel 1** zijn de resultaten van de ANOVA weergegeven, evenals de gemiddelde scores en standaarddeviaties voor de verschillende schalen van de MAIA-2 en de totaalscore op de MZQ op T1, T2 en T3. Ook hebben we

in de tabel de gemiddelde verschillen tussen de meetmomenten opgenomen. Hieruit blijkt dat we significante sterke positieve veranderingen vonden op vrijwel alle schalen van de MAIA-2 en voor de totaalscore op de MZQ. De schaal *luisteren naar uw lichaam* liet het grootste effect zien, gevolgd door de schaal *vertrouwen*. De positieve verandering op de schaal *niet-verontrustend* was als enige niet significant.

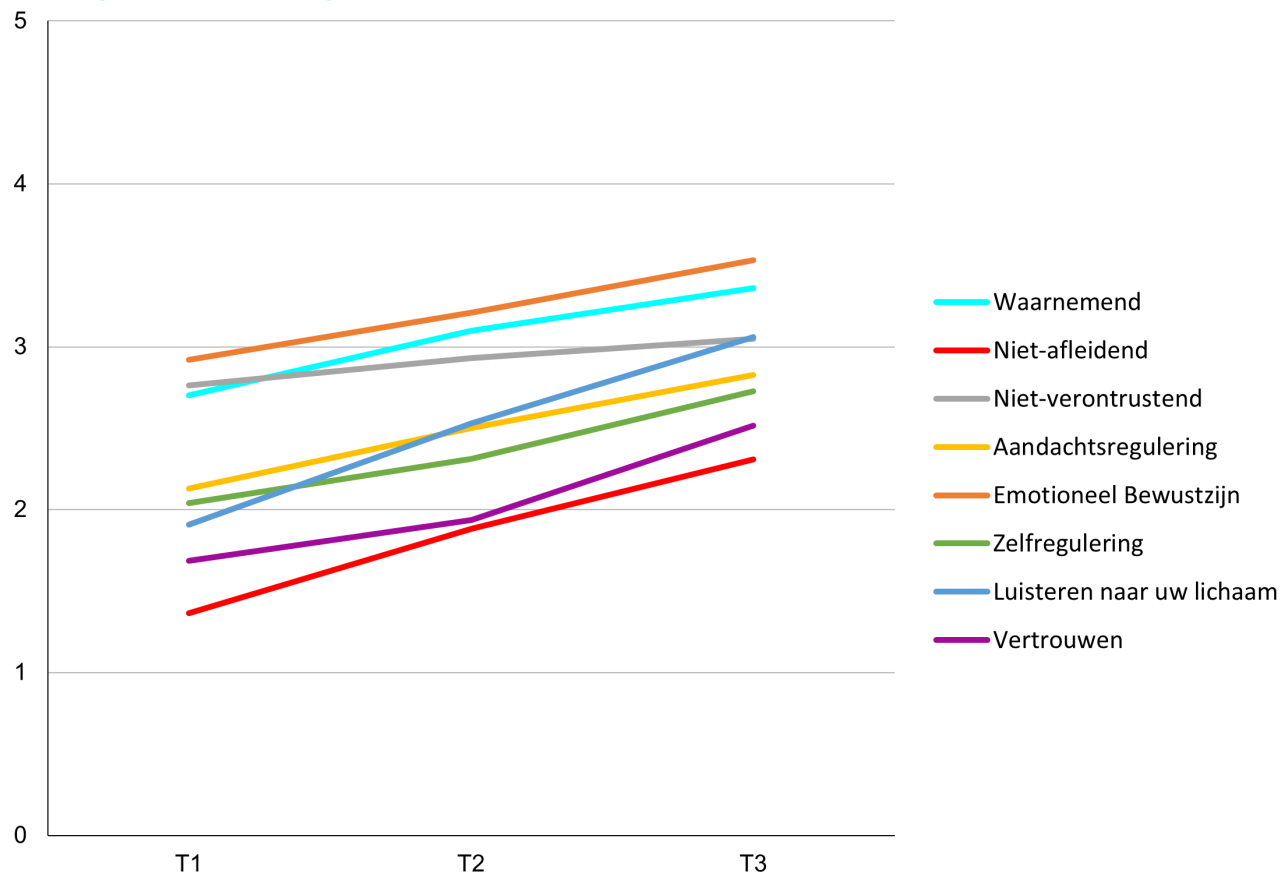
Uit **tabel 1** blijkt verder dat de grootste verandering plaatsvond tussen de start van de behandeling (T1) en het einde ervan (T3). Veruit de meeste schalen lieten ook een significante verbetering zien tussen de start van behandeling (T1) en halverwege de behandeling (T2), met vervolgens ook weer een significante verbetering aan het eind van de behandeling (T3). De schalen *zelfregulering* en *vertrouwen* van de MAIA lieten alleen een significante verandering zien tussen T1 en T3 en tussen T2 en T3. Voor de MZQ gold dat alleen de verandering tussen T1 en T3 significant was.

Figuur 1 en 2 tonen de gemiddelden (per schaal) op de verschillende meetmomenten.

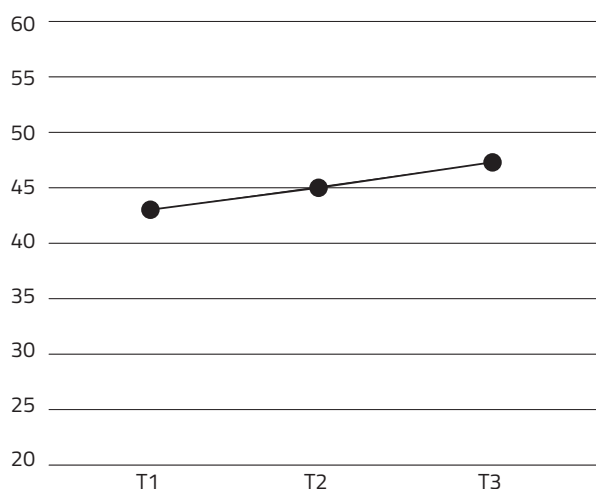
DISCUSSIE

In dit onderzoek gingen we na of er veranderingen zichtbaar waren in het lichaamsbewustzijn en het mentali-

Figuur 1. Gemiddelde score op de verschillende schalen van de *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* op drie meetmomenten



Figuur 2. Gemiddelde score op de *Mentalization Questionnaire* op drie meetmomenten



serend vermogen van patiënten met een ernstige somatisch-symptoomstoornis of conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) (ESS), na een intensief behandeltraject gestoeld op lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie (L-MBT). Zoals verwacht, waren er aanzienlijke en statistisch significante verbeteringen zichtbaar op bijna alle dimensies van de lichaamsbeleving (MAIA-2) en op het mentaliserend vermogen (MZQ). Hierdoor kunnen we concluderen dat zowel het lichaamsbewustzijn als het mentaliserend vermogen verbeterde gedurende intensieve behandeling gebaseerd op L-MBT, hetgeen overwegend als een groot effect kan worden beschouwd.

L-MBT is als behandelmethodiek specifiek ontwikkeld voor patiënten met ESS. In het huidige onderzoek hebben we ervoor gekozen lichaamsmentaliseren te operationaliseren aan de hand van de concepten lichaamsbewustzijn en mentaliserend vermogen en voor beide afzonderlijke vragenlijsten te gebruiken. Uit het onderzoek bleek dat patiënten de meeste vooruitgang rapporteerden in het *vertrouwen* op lichamelijke gewaarwordingen en het *luisteren naar het lichaam*. Ook het *emotioneel bewustzijn*, de *zelfregulatie* en het *waarnemen* van lichamelijke sensaties verbeterden. Wat betreft het ervaren van emoties gaven patiënten aan dat zij deze, in de loop van de behandeling, minder als storend gingen ervaren (*niet afleidend*). Alleen het *niet verontrusten* raken door de lichamelijke signalen verbeterde niet significant. De verbeteringen op de schalen *zelfregulatie* en *vertrouwen* vonden voornamelijk plaats in het tweede deel van de behandeling en de verbetering van het mentaliserend vermogen ging over het algemeen langzamer dan de verbeteringen in het lichaamsbewustzijn.

Opvallende resultaten

Uit deze resultaten kunnen we twee belangrijke conclusies trekken. In de eerste plaats lijkt behandeling met L-MBT dus precies te doen wat het beoogt, namelijk dat patiënten meer leren luisteren naar hun lichaam en zij het vertrouwen terugwinnen in de signaalfunctie van hun lichaam. Patiënten die worden verwezen naar de intensieve behandelingen bij Eikenboom hebben vaak al meerdere (niet succesvolle) behandelingen achter de rug, waarbij zij soms iatrogene schade hebben opgelopen en het vertrouwen in artsen kan zijn beschadigd.¹⁶ Het voortduren van de klachten leidt bij patiënten zelf geregeld tot het gevoel mislukt of afwijkend te zijn. Dergelijke ervaringen kunnen maken dat zij de eigen lichaamssignalen toenemend negeren, met over het algemeen juist een toename van klachten tot gevolg. Door de signalen van het lichaam weer serieus te nemen en het vertrouwen in het eigen lichaam te herstellen, wordt een nieuwe basis gelegd om anders met de klachten om te gaan en meer open te staan voor ervaringen. Verondersteld wordt dat wanneer het vertrouwen in het zelf wordt vergroot, er ook weer ruimte ontstaat om te vertrouwen op anderen.

Ten tweede is opvallend dat de verandering op de schaal *niet verontrustend* (MAIA-2) als enige niet significant verbeterde. Gedurende de behandeling met L-MBT komen patiënten meer in contact met het eigen lichaam en het lukt hun de aandacht meer bij het lichaam te houden. Het toenemen van ervaren signalen leidt echter niet (direct) tot een afname van de zorgen om de lichamelijke klachten. Patiënten met ESS hebben al jarenlang aanhoudende chronische klachten. Wanneer in de behandeling de signalen weer meer worden opgemerkt, leidt dit niet direct tot een afname van de zorgen/stress. Het is zelfs mogelijk dat zorgen om het eigen lichaam in eerste instantie toenemen. In dit licht is de verwachting dat de ervaren stress of zorgen langzamer en later afnemen, wellicht pas na (langdurige) vervolgbehandeling. Dit is een proces waar men de tijd voor moet nemen.

Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Het huidige onderzoek is een eerste wetenschappelijke verkenning naar het effect van behandeling van ESS op basis van L-MBT. Het onderzoek werd uitgevoerd in een (dag)klinische setting van een hoogspecialistisch behandelcentrum, wat de resultaten wellicht minder makkelijk te generaliseren maakt naar overige behandelafdelingen of patiënten met een lichtere somatisch-symptoomstoornis of daaraan verwante stoornis. Vervolgonderzoek zou meer duidelijkheid kunnen verschaffen over de effectiviteit van L-MBT bij een andere patiëntengroep en in een andere setting.

In deze studie gebruikten we zelfrapportages om veranderingen in lichaamsbewustzijn en mentaliserend vermogen te meten. Zelfrapportage-onderzoek kent als nadeel dat patiënten alleen hun bewuste representatie kunnen rapporteren; het is dus per definitie een sub-

jectieve ervaring die gemeten wordt. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het gebruik van meer experimentele taken, zoals de *Frith-Happé-Animations task* (FHAT) of observatieschalen of interviews met name om het mentaliserend vermogen in kaart te brengen.

In het huidige onderzoek is lichaamsmentaliseren geoperationaliseerd aan de hand van twee bestaande vragenlijsten die zeker een belangrijk deel, maar wellicht niet het gehele concept dekken. Beide vragenlijsten zijn veelvuldig gebruikt, zowel in de klinische praktijk, als in onderzoek, maar voor de MAIA-2 heeft dit nog niet geleid tot een validatieonderzoek in Nederland. Vervolgonderzoek zou zich dus eveneens kunnen richten op het ontwikkelen van een meetinstrument speciaal gericht op het in kaart brengen van het lichaamsmentaliseren als geheel. Ook is vervolgonderzoek nodig om te na te gaan of het verbeteren van het lichaamsbewustzijn en mentaliserend vermogen (op termijn) ook samenhangt met een afname van lichamelijke of psychische klachten en of sprake is van een verband met de ervaren kwaliteit van leven. Dergelijk onderzoek wordt momenteel uitgevoerd binnen Eikenboom.

Behandeling binnen Eikenboom is multidisciplinair en L-MBT is één van de hoofdpijlers. Om te kunnen bepalen of de veranderingen in lichaamsbewustzijn en mentaliserend vermogen daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan L-MBT-elementen in de behandeling, zijn andere onderzoeksmethoden noodzakelijk, zoals een gerandomiseerde effectstudie met een controlegroep. Daarbij zou de focus kunnen liggen op de werkzame elementen van de interventie en op de vraag voor wie wat werkt onder welke omstandigheden. Een grotere onderzoeksgroep en/of meer meetmomenten zouden daarbij wenselijk zijn. Een andere mogelijkheid is een effectstudie bij een minder complexe doelgroep, waarbij L-MBT als ambulante behandeling aangeboden wordt, zonder aanvullende methodieken.

Vragen over de volgordelijkheid van de veranderingen konden we helaas niet beantwoorden binnen de huidige studie. Om oorzaak-gevolgrelaties aan te kunnen tonen, zijn veelvuldige metingen noodzakelijk en dat vraagt een andere onderzoeksofzet. Uitgangspunt blijft echter dat om te kunnen mentaliseren, contact met het lichaam onontbeerlijk is. Behandelingen gericht op het verbeteren van het mentaliserend vermogen zoals beschreven door Fonagy en Bateman, beslaan over het algemeen één tot anderhalf jaar en daarmee vergeleken, is de behandeling binnen Eikenboom kort. Bijna alle mensen in de intensieve behandelingen van Eikenboom worden na deze behandeling dan ook doorverwezen naar andere (intensieve en/of langdurige) behandelingen met een meer interpersoonlijke focus.

Eerder onderzoek binnen MBT heeft aangetoond dat verbetering van het mentaliserend vermogen nog lang na de behandeling doorloopt.¹⁷ Het lijkt aannemelijk dat ditzelfde speelt voor behandelresultaten van een behandeling gebaseerd op L-MBT. Al met al is vervolgonderzoek met meerdere meetmomenten en een langere fol-

low-up, bijvoorbeeld nametingen na 6 en 12 maanden, van belang om na te gaan of de veranderingen in het lichaamsbewustzijn beklijven en of de verbetering in het mentaliserend vermogen doorzet na behandeling op basis van L-MBT.

CONCLUSIE

De resultaten van dit eerste verkennende onderzoek naar de effectiviteit van L-MBT wijzen erop dat het lichaamsbewustzijn en het mentaliserend vermogen verbeteren gedurende een intensieve behandeling op basis van L-MBT. Lichaamsgerichte mentalisatiebevorderende therapie (L-MBT) lijkt daarmee een veelbelovende behandelvorm voor mensen met een zeer ernstige somatisch- symptoomstoornis of een conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis).

LITERATUUR

- 1 American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition – Tekst Revision. Amsterdam: Boom; 2022.
- 2 De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *J Psychosom Res* 2003;54: 425-34.
- 3 Subic-Wrana C, Beutel ME, Knebel A, e.a. Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosom Med* 2010;72: 404-11.
- 4 Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation. *J Psychosom Res* 2004; 57: 239-47.
- 5 Subic-Wrana C. Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders. In Nykliček I, Vingerhoets A, Zeelenberg M, red. *Emotion regulation and well-being*. New York: Springer; 2011. p. 245-60.
- 6 Spaans J. Lichaamsgericht mentaliseren, gids voor de klinische praktijk. Tiel: Lannoo; 2020.
- 7 Nicolai N. In levende lijve: het lichaam in de psychotherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2020.
- 8 Mehling WE, Acree M, Stewart A, e.a. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2). *PLoS ONE* 2018; 13: e0208034.
- 9 Ogden P, Fisher J. Sensorimotor Psychotherapy. Interventies voor traumaverwerking en het herstel van gehechtheid. Eeserveen: Mens; 2017.
- 10 Kalisvaart H, van Broeckhuysen S, Bühring M, e.a. Definition and structure of body-relatedness from the perspective of patients with severe somatoform disorder and their therapists. *PLoS ONE* 2012; 7: e42534.
- 11 Bateman A, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2012.
- 12 Luyten P. Persistente somatische klachten: Nieuwe inzichten vanuit dialoog met de neurowetenschappen. *Tijdschrift voor Psychoanalyse* 2014; 20: 266-76.
- 13 Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, e.a. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS ONE* 2012; 7: e48230.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.