



Instituut
Contextuele
Benadering

In gesprek over ouderschap

Meerzijdige partijdigheid in een individuele behandeling gericht op mentaliseren

Masterthesis contextuele benadering
Instituut contextuele benadering

Student: Lennert de Heer
Cohort 19-21

Begeleiding: Dr. Jaap van der Meiden
Bennekom, juni 2021

Abstract

During the mentalisation based treatment of people having a personality disorder with AMBIT (Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy), parenthood is too little addressed. In this research, it has been investigated how multidirected partiality can contribute to having the conversation about parenthood with clients with severe personality disorder. Ivan Boszormenyi-Nagy describes multidirected partiality as both the basic attitude and methodical approach of the contextual therapy. Five elements are discussed: empathy, expectation, inclusiveness, giving credit and timing.

During interviews with clients, it has been investigated how these elements play a role during the conversation about parenthood. These results have been shown to two focus-groups with experts.

Results indicate the following: Clients state that showing empathy by being transparent about emotions and self-disclosure by the key worker helps with their own disclosure. The timing of the conversation about parenthood can be brought forward, where it is important to explain the intention of the conversation. Besides, more attention can be paid to the perspective of the child and the expectation that the parent wants to be a good parent. This aligns with the aim of AMBIT to discover the motives of the client. The parent can also be given more credit for his or her effort to maintain the parent-child relationship. These conclusions show that multidirected partiality can definitely be more applied with AMBIT to get the conversation about parenthood started.

Key words: Multidirected partiality – mentalisation based treatment – personality disorder – parenting – Contextual approach

Inhoud

Voorwoord	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Methode van onderzoek	8
1.1 Onderzoeksmethode	8
1.2 Deelvraag 1 en 2	8
1.3 Deelvraag 3	8
1.4 Deelvraag 4	9
1.5 Data-analyse	9
1.6 Respondenten werven	10
1.7 Betrouwbaarheid	10
1.8 Validiteit	11
1.9 Persoonlijke professionaliteit	7
Hoofdstuk 2: Meerszijdige partijdigheid: Grondhouding & interventies	12
Inleiding	12
2.1 Wat is meerszijdige partijdigheid?	12
2.2 Meerszijdige partijdigheid als grondhouding van de hulpverlener	13
2.3 Elementen van meerszijdige partijdigheid	13
2.3.1 Empathie	13
2.3.2 Krediet geven	13
2.3.3 Verwachting	14
2.3.4 Alomvattendheid	14
2.3.5 Timing	14
2.4 Interventies in individueel behandelcontact	14
2.5 Conclusie	15
Hoofdstuk 3: Mentaliseren	16
Inleiding	16
3.1 Wat is mentaliseren?	16
3.2 Aspecten van mentaliseren	16
3.3 Mentaliseren als houdingsaspect	17
3.4 De interventies	17
Conclusie	17
Hoofdstuk 4: Elementen van meerszijdige partijdigheid volgens cliënten	19
Inleiding	19
4.1 Empathie	19

4.2 Krediet geven	19
4.3 Verwachting	20
4.4 Alomvattendheid.....	20
4.5 Timing.....	21
4.6 Emoties bij praten over ouder-kindrelatie.....	21
4.7 Gerichtheid op gevoel	22
4.8 Openheid door hulpverlener.....	22
4.9 Alertheid bij bespreken ouder-kindrelatie.....	22
4.9 Conclusie	23
Hoofdstuk 5: Elementen van meerzijdige partijdigheid volgens experts	24
Inleiding.....	24
5.1 Empathie	24
5.2 Krediet geven	24
5.3 Verwachting	25
5.4 Alomvattendheid.....	25
5.5 Timing.....	25
5.6 Conclusie	26
Hoofdstuk 6: Conclusie.....	28
Hoofdstuk 7: Discussie en aanbevelingen.....	30
7.1 Discussie	30
7.2 Externe validiteit	30
7.3 Aanbevelingen voor de praktijk	31
7.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	31
Literatuurlijst	32
Bijlage 1: Definities kernlabels	36
Bijlage 2: Kernlabelschema's.....	37
Kernlabelschema interviews	37
Kernlabelschema focusgroepen.....	39
Bijlage 3: Informatiebrief respondenten.....	40
Bijlage 4: Informed consent	42
Bijlage 5: Interviewleidraad.....	43

Voorwoord

Met trots presenteer ik dit onderzoek naar de toepasbaarheid van meerzijdige partijdigheid bij het in gesprek gaan over ouderschap. Het onderwerp ouderschap houdt me bezig sinds ik zelf kinderen heb. Ik spreek cliënten die met dezelfde onderwerpen in ouderschap worstelen. En die zichzelf dezelfde vragen stellen en dezelfde zorgen hebben. Keer op keer verrast het me hoe universeel opvoedingsvragen zijn. En het verbaast me ook dat het – cliënt of niet – toch zo lastig kan om hier open over te zijn en hulp in te vragen.

Dat zette me bij het begin van de opleiding aan om mijn onderzoek te richten op het in gesprek komen over ouderschap. Omdat ik bij mijn cliënten waarneem dat er achter de angst dat de hulpverlener het kind ‘afpakt’, een behoefte ligt om te delen en steun te ontvangen. Misschien is zowel die behoefte om te vragen en te delen als de angst om kwetsbaar te zijn groter bij de cliënten van AMBIT. En ik hoop dat dit onderzoek een klein beetje bijdraagt aan het overbruggen van die kloof.

Ik heb het onderzoek als zoektocht ervaren waarin ik mezelf meerdere keren ben tegenkomen. Ik heb mijn stijl van denken en werken ontdekt en ook de onvolkomenheden daarvan moeten accepteren. In deze tijd van beperkende coronamaatregelen voelde het ook als een solitaire zoektocht, meer dan dat ik wilde. En dat terwijl Martin Buber, en met hem Ivan Boszormenyi-Nagy, stelt dat we in verbinding met de ander mens worden. En dat ik mijn cliënten leer hoe het contact met de ander kan helpen om emotie te laten zakken, steun te ervaren en weer mens te worden. Soms is dat een gemis geweest, maar het heeft me ook geleerd om actief anderen te betrekken en op te zoeken.

Ik bedank dan ook de cliënten die tijd hebben vrijgemaakt om geïnterviewd te worden en open waren over dit spannende onderwerp. En ik dank de experts die enthousiast deelnamen aan de focusgroepen. Daniëlle en Jaap bedank ik voor de balans tussen het positieve benoemen en kritisch zijn in de begeleiding vanuit de opleiding en mijn intervisiegenoten voor het sparren over het onderzoek. Bert, Gieke, Johan en Sea denk ik voor hun kritische opmerkingen tijdens het meelesen en Edwin voor het meekijken met de Engelse samenvatting.

Veel leesplezier,

Lennert de Heer

Inleiding

De laatste decennia is er in de GGZ meer aandacht gekomen voor de invloed van de psychiatrische problematiek van ouders op hun kinderen. Eind jaren '90 werd bekend dat traumatische gebeurtenissen in de kindertijd een voorspellende waarde hebben voor het ontwikkelen van psychische problemen op latere leeftijd (Felitti, et al., 1998; Kooijman & Wattam, 1997). Als gevolg hiervan is uiteindelijk de wet Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling ontwikkeld en vullen hulpverleners de Kindcheck GGZ in. Hierbij wordt een inschatting gemaakt van de aanwezige beschermende factoren en risicofactoren voor de ontwikkeling van het kind (Augeo, 2014; Augeo, 2013).

De Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment (in het vervolg: AMBIT) bij Altrecht behandelt volwassenen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis (Bevington, Fuggle, Cracknell & Fonagy, 2017). Deze behandeling is gericht op het vergroten van het mentaliseren (Bateman & Fonagy, 2007). De behandeling bij AMBIT bevat een combinatie van sociaal psychiatrische interventies en psychotherapeutische behandeling. De aandacht gaat naar het begrijpen van gedrag van de cliënt en niet naar het beheersen van crisissituaties en destructief gedrag, zoals suïcidaliteit en automutilatie (Knapen, 2013).

Binnen deze groep is het meeste onderzoek gedaan naar mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (in het vervolg BPS). De kenmerken van het mentaliseren bij BPS en de andere persoonlijkheidsstoornissen komen sterk overeen (Bateman & Fonagy, 2007). Ditzelfde geldt voor de gezinskenmerken van het huidige gezinnen van ouders met BPS en ouders met een andere persoonlijkheidsstoornis (Feldman, et al., 1995). Er is voor de generaliseerbaarheid van het onderzoek gekozen om niet alleen cliënten met BPS te onderzoeken, maar het onderzoek te richten op cliënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis is er sprake van een gebrekkige emotieregulatie, verstoringen in de gehechtheidsrelaties en een verstoord mentaliseren. Dat mentaliseren wordt omschreven als een mentaal proces, waarbij je gericht bent op het begrijpen van jezelf en de ander (Allen, Fonagy en Bateman, 2008, p. 2). Mentaliseren is het kenmerkend vermogen van de mens om na te denken over denken en voelen (Allen, Fonagy & Bateman, 2008, p. 6). Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis stopt het mentaliseren eerder dan bij mensen zonder persoonlijkheidsstoornis. Dit zorgt ervoor dat de spanning in het contact met anderen, waaronder hun kinderen, sneller oploopt (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008).

In het verleden is er weinig aandacht geweest voor de invloed van het hebben van een persoonlijkheidsstoornis op het ouderschap en risico's op ontwikkelingsproblemen bij het kind (Newman & Stevenson, 2005). Tegenwoordig is hier meer over bekend. Ouders met een persoonlijkheidsstoornis hebben vaker moeite met ouderschap en ervaren dit vaker als overweldigend. Ze herkennen minder vaak de emoties van hun kind, ervaren meer ouderschapsstress (Elliot, et al., 2014) en de kinderen van deze ouders vertonen vaker tekenen van een gedesorganiseerde hechting. Hierdoor kunnen ontwikkelingsproblemen ontstaan (Granqvist, et al., 2017). Onveilige gehechtheid kan worden overgedragen van grootmoeder naar moeder en kleinkind (Hautamäki, Hautamäki, Neuvonen, & Maliniemi-Piispanen, 2010). Er is daarnaast een sterk verband tussen de hechtingsstijl van moeders, het vormgeven van de opvoeding en de hechtingsstijl van het kind (Solomon & George, 2006). Een gedeelte van deze kinderen neemt een zorgende rol op zich en ervaart hierdoor meer stress. Dit beïnvloedt onder andere prestaties op school (Cassidy, Giles & McLaughlin, 2014). Gezien deze risico's voor de ontwikkeling van het kind, is het van belang dat hulpverleners met de cliënt in gesprek komen over het ouderschap.

Een belangrijk aspect bij het in gesprek gaan over ouderschap is het vermogen van de hulpverlener om meerzijdig gericht partijdig (in het vervolg: meerzijdige partijdigheid) te zijn. Meerzijdige partijdigheid is de belangrijkste methodische grondhouding van de contextuele therapie (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018; Nieuwenbroek, 2014; Van den Eerenbeemt & Van Heusden, 2011). Ivan Boszormenyi-Nagy (hierna: Nagy) ontwikkelde deze contextuele therapie vanuit zijn observaties in relatiegesprekken. Hij deelde de relationele werkelijkheid in vier dimensies in, waarbij de eerste drie dimensies respectievelijk de feiten, de psychologie en de systemische transacties omvatten. De vierde dimensie omvat de relationele ethiek, waarbij Nagy zoekt naar de, vaak verborgen, drijfveren in sociaal contact die samenhangen met de balans van geven en ontvangen (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018; Van der Meiden, 2020; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984). Deze vierde dimensie *“is niet los te zien van andere dimensies, samen vormen ze het geheel van de menselijke werkelijkheid”* (Van Rhijn & Meulink-Korf, 1999, p. 36).

Meerzijdige partijdigheid als methodiek heeft ingang gevonden in de systeemtherapie, waar de meerzijdig partijdige hulpverlener advocaat van de verschillende betrokkenen wordt genoemd (Savenije, van Lawick & Reijmers, 2019). De hulpverlener is hierbij niet neutraal, maar betrokken met de verschillende partijen (Meulink-Korf & Van Rhijn, 2002; Le Goff, 2001). Het doel van deze methodische grondhouding is het scheppen van een context waarin dialoog kan plaatsvinden. De cliënt krijgt hierin ruimte om over lastige gevoelens en situaties te praten en tegelijkertijd loyaal te kunnen blijven naar degene waarmee die gevoelens mee te maken hebben (Onderwaater, 2018). Elementen uit meerzijdige partijdigheid kunnen de hulpverlener van AMBIT mogelijk helpen om in gesprek te gaan met ouders met persoonlijkheidsproblematiek over het ouderschap en hierbij ruimte te scheppen voor het perspectief van het kind.

1. Probleemstelling:

Door team AMBIT wordt signaleerd dat het ouderschap in behandelgesprekken te weinig wordt besproken. Cliënten zijn gemotiveerd om de intergenerationele overdracht van hun problemen te doorbreken, maar het praten over ouderschap is zo spanningsverhogend dat dit nauwelijks lukt. Mogelijk kan meerzijdige partijdigheid helpen om dit gesprek aan te gaan. Er is dan ook meer inzicht nodig op welke manier meerzijdige partijdigheid hier behulpzaam bij zijn.

2. Vraagstelling:

Hoe kan meerzijdige partijdigheid een bijdrage leveren bij het in gesprek komen met ouders met een ernstige persoonlijkheidsstoornis over ouderschap in een op mentaliseren gerichte behandeling?

3. Deelvragen:

- 1: Welke elementen van meerzijdige partijdigheid kunnen behulpzaam zijn in individuele gesprekken over ouderschap met cliënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis?
- 2: Wat is mentaliseren en op welke manier beïnvloedt dit het gesprek over ouderschap?
- 3: Welke elementen van meerzijdige partijdigheid en mentaliseren spelen een rol in de ervaringen die ouders hebben in de gesprekken over ouderschap?

4: Op welke manier kan volgens experts meerzijdige partijdigheid hulpverleners helpen om in gesprek te komen met ouders over ouderschap?

Persoonlijke professionaliteit

Het was een uitdaging om het contextuele denken te verbinden aan het mentaliseren bij AMBIT. Beide psychotherapeutische stromingen hebben hun eigen begrippenkader. Uiteindelijk is het in dit onderzoek gelukt om deze beide stromingen samen te brengen in het gesprek over ouderschap. Tevens heeft dit onderzoek de onderzoeksvaardigheden van de onderzoeker vergroot.

Deze thesis draagt bij aan het betrekken van de context van de cliënt, ook als deze cliënt alleen in de behandelkamer zit. Het contextuele gedachtegoed is hier uitermate geschikt voor, aangezien de basis van het contextuele denken het bestaan in relatie tot de ander is. Het doel is dat de cliënt in behandeling bij AMBIT de ruimte gaat ervaren om over het ouderschap te praten en op die manier kan werken aan het een betere ouder willen zijn voor het kind. Dit onderzoek levert handvatten op om te onderzoeken hoe dit gesprek nu verloopt en wat daaraan kan worden verbeterd.

Hoofdstuk 1: Methode van onderzoek

1.1 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek is een kwalitatief, explorerend onderzoek. Een explorerend onderzoek is passend als er geen bestaande theorie is over het te onderzoeken onderwerp (Baarda, et al., 2013). Naar diverse concepten vanuit de contextuele benadering is onderzoek gedaan (Van der Meiden, 2020). Er is echter geen onderzoek gedaan naar de mogelijke werking en effectiviteit van meerzijdige partijdigheid in individuele hulpverleningsgesprekken met mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis.

Een kwalitatief onderzoek is passend als gezocht wordt naar motivatie, beleving of ervaring (Baarda, et al., 2013). In dit onderzoek is gezocht naar de motieven en de beleving van ouders. De gebruikte diepte-interviews zijn een geschikte methode om zicht te krijgen op deze beleving (Baarda, et al., 2013), een schriftelijke vragenlijst levert te weinig inzicht op (Robson & McCartan, 2016). Daarnaast is de doelgroep lastig te motiveren voor kwantitatief onderzoek. Wantrouwen in de motieven van de ander wordt snel geactiveerd (Knapen, 2017), in een persoonlijk gesprek kan de onderzoeker meer vertrouwen wekken.

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van elementen van de gefundeerde theoriebenadering. Het onderzoek is namelijk gericht op het ontwikkelen van een theorie (Wester, 1984; Strauss & Corbin, 1994). Kenmerkend aan deze benadering is dat de methode van het constante vergelijken (Mortelmans, 2013). Dit is een iteratief proces, waarbij het waarnemen en verzamelen van data verdiept wordt door te reflecteren in memo's (Baarda, et al., 2013; Wester & Peters, 2004). In dit onderzoek zijn tijdens het literatuuronderzoek, de dataverzameling en het analyseren, memo's gemaakt om deze reflectie op het onderzoeksproces vorm te geven en verdieping te geven.

1.2 Deelvraag 1 en 2

De eerste twee deelvragen zijn beantwoord door literatuuronderzoek. Hierbij zijn bestaande theorieën over mentaliseren en meerzijdige partijdigheid onderzocht. Op deze manier is theoretische verdieping gezocht en de onderzoeksopzet onderbouwd (Keuning, Jansen, & Jansen, 2015; Van der Donk & Van Lanen, 2015).

De literatuurstudie is ook gebruikt als voorbereiding voor de interviews en focusgroepen (Baarda, et al., 2013). Met name de vijf aspecten van meerzijdige partijdigheid zoals door Nagy beschreven, bleken waardevol voor het opstellen van de interviewleidraad. Daarnaast heeft de informatie uit het literatuuronderzoek een kader gegeven om de verzamelde data in interviews en focusgroepen te interpreteren (Baarda, et al., 2013).

Bij beantwoording van deelvraag één en twee zijn oorspronkelijk bronnen van de contextuele benadering en mentaliseren onderzocht. Daarnaast is in digitale bibliotheken voor wetenschappelijke artikelen, met name Google Scholar, Springer Link, Sage en Wiley online Library, gezocht. Bij deelvraag één is gezocht op de termen multidirected partiality, contextual therapy, Nagy en meerzijdig gerichte partijdigheid. Bij deelvraag twee is gezocht op de zoektermen mentalisation, personality disorder, mentalisation based treatment en infant mental health.

1.3 Deelvraag 3

Om te onderzoeken welke elementen van meerzijdige partijdigheid gebruikt worden in de hulpverleningsgesprekken, zijn acht cliënten van AMBIT geïnterviewd. De interviews bevatten

kenmerken van zowel topicinterviews als diepte-interviews. De niet-sturende houding van het diepte-interview is passend bij dit onderzoek (Baarda, et al., 2013). Ouderschap is een precair onderwerp en op deze manier was er ruimte voor de gevoeligheid van het onderwerp. Daarnaast zijn de cliënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis gebaat is bij duidelijke vraagstelling en structuur in het gesprek. Een volledig open interview lijkt hierbij niet passend. De interviewleidraad, opgenomen in bijlage 5, is opgesteld aan de hand van de resultaten van het literatuuronderzoek.

“Kwalitatief interviewen gebeurt live” (Mortelmans, 2013, p. 229). Sinds de uitbraak van COVID-19 in maart 2020 is het echter geen vanzelfsprekendheid meer om mensen fysiek te spreken. Gezien het aanwezige wantrouwen bij de respondenten (Knapen, 2017), heeft het bij dit onderzoek de sterke voorkeur gehad de interviews persoonlijk af te nemen. Betrokkenheid en positieve houding van de onderzoeker kan dan door non-verbale signalen beter ondersteund worden (Knapen, 2017), wat de kwaliteit van de data sterk kan verbeteren. Twee van de acht interviews hebben digitaal plaatsgevonden. In het reflecteren op de dataverzameling en dataanalyse hiervan is door de onderzoeker geen verschil in kwaliteit van de verzamelde data opgemerkt.

Na het eerste, derde, vijfde en zesde afgenomen interview is gereflecteerd op het verloop van de interviews en de verkregen informatie (Baarda, et al., 2013). Hierdoor heeft het iteratieve proces vorm gekregen. Deze tussentijdse analyses hebben de kwaliteit van de dataverzameling in de resterende interviews vergroot (Mortelmans, 2013, p. 228).

1.4 Deelvraag 4

Er zijn focusgroep-interviews (hierna: focusgroep) gehouden om te onderzoeken op welke manier meerzijdige partijdigheid helpend kan zijn (Baarda, et al., 2013). Een belangrijk doel van de focusgroep is het vragen om een reactie op de bevindingen uit het literatuuronderzoek en de interviews (Mortelmans, 2013). De focusgroepen zijn semi-gestructureerd, de conclusie van deelvraag 3 is namelijk ingebracht in focusgroepen. De moderator van de focusgroepen is de onderzoeker. De moderator heeft zich gericht op het brainstormen over interpretatie van de resultaten uit de interviews en mogelijke toepassing van meerzijdige partijdigheid. Op deze manier werd optimaal geprofiteerd van de kennis van experts.

In elke focusgroep hebben vier experts deelgenomen, namelijk een regiebehandelaar van AMBIT, een casemanager van AMBIT, een contextueel expert en een expert van Altrecht Kind & Jeugd. De deelnemers aan de focusgroep hadden alle acht ruime werkervaring, één experts heeft tien jaar werkervaring, zeven experts hebben meer dan twintig jaar werkervaring en hebben affiniteit met het onderwerp ouderschap. Op deze selectie is gereflecteerd met een collega om op deze manier dit selectieproces meer valide te maken.

Er is voor een relatief klein aantal deelnemers van de focusgroep gekozen om op deze manier elke expert voldoende ruimte te geven in het gesprek (Robson & McCartan, 2016).

1.5 Data-analyse

Voor het verwerken en analyseren van de verzamelde gegevens is gebruik gemaakt van open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Baarda, et al., 2013; Mortelmans, 2013; Robson & McCartan, 2016). Door het open coderen van de data uit de interviews zijn er veel codes ontstaan. Deze zijn samengebracht en geclusterd door middel van axiaal coderen, waarna de open codes nogmaals zijn doorlopen. Daarna heeft er een peer debriefing met een collega en een medestudent plaatsgevonden. Na het coderen van het vierde interview hebben ze onafhankelijk van elkaar en de onderzoeker een gedeelte van de codering nagelopen. Een aantal

sublabels bleek te ruim gedefinieerd en in het axiaal coderen bleken tekstfragmenten aan codes toegewezen die niet meer passend waren. Dit resulteerde in het aanscherpen van de definities van de kernlabels en het opnieuw doorlopen alle tekstfragmenten om te beoordelen of ze daadwerkelijk bij het sublabel passen.

Hierna zijn door middel van het selectief coderen de concepten met elkaar verbonden (Mortelmans, 2013). Na het zesde interview werd geconcludeerd dat er sprake was van saturatie. Het zevende en achtste interview bevestigde deze veronderstelling, omdat de analyse van deze data uit deze interviews geen nieuwe onderwerpen opleverde

Na het beantwoorden van deelvraag 3 zijn deze resultaten voorgelegd aan twee focusgroepen. De eerste focusgroep vond digitaal plaats, de tweede fysiek. Na het transcriberen van de eerste focusgroep, is door middel van het schrijven van een memo gereflecteerd op het verloop van de focusgroep en de rol van de moderator. Hierin werd geconcludeerd dat er beperkte diepgang was. De tweede focusgroep bevatte voldoende diepgang. De focusgroepen zijn ook geanalyseerd door middel van open, axiaal en selectief coderen in Atlas.ti (Frieze, 2019). De definities van de kernlabels zijn opgenomen in bijlage één. Het kernlabelschema staat in bijlage twee.

1.6 Respondenten werven

De respondenten voor deelvraag 3 zijn geworven met de volgende selectiecriteria:

- Cliënt van AMBIT
- Persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose
- Ouder van een minderjarig kind

Er zijn in de vier AMBITteams respondenten geworven. Het is niet gelukt cliënten uit andere teams te motiveren om deel te nemen. Mogelijk speelt hier weer het eerder genoemde gebrek aan epistemisch vertrouwen een rol (Knapen, 2017). Een andere reden hiervoor kan zijn dat het voor respondenten lastiger was in contact te komen met de onderzoeker en er minder makkelijk contact te leggen is tussen de onderzoeker en teamleden uit de andere AMBITteams. Door zowel moeders als vaders als respondent te werven, gelden de uitkomsten ook voor vaders met een persoonlijkheidsstoornis. Twee van de acht respondenten zijn mannelijk.

Cliënten die in aanmerking kwamen voor deelname hebben een informatiebrief gekregen en hierna bij de onderzoeker kenbaar gemaakt of ze wilden deelnemen. Voorafgaand aan deelname aan hebben ze informed consent ondertekend, waarin de rechten en plichten van zowel de respondent als de onderzoeker beschreven staan. De data van zowel de interviews als de focusgroepen is beveiligd opgeslagen binnen de digitale omgeving van Altrecht. De informatiebrief en de informed consent zijn opgenomen in bijlage drie en vier.

1.7 Betrouwbaarheid

Bij kwalitatief onderzoek is interne en externe betrouwbaarheid te onderscheiden (Mortelmans, 2013, p. 478). De interne betrouwbaarheid is vergroot door de peer debriefing zoals beschreven in 1.5. Hierdoor is het analyseren een navolgbaar proces geworden.

De externe betrouwbaarheid is gewaarborgd door het bijhouden van memo's (Mortelmans, 2013). In deze memo's is gedurende het onderzoek gereflecteerd op de rol van de onderzoeker en op het proces van dataverzameling en analyse. Hierdoor heeft de onderzoeker voldoende afstand van het de data kunnen houden. Daarnaast hebben er tijdens het onderzoek drie mensen

die werkzaam zijn in hulpverlening feedback gegeven op het onderzoek. Dit heeft geresulteerd in een nuancering van sommige conclusies en het scherper neerzetten van andere conclusies.

Daarnaast worden de interviews en focusgroepen letterlijk uitgetypt. Voor het coderen wordt gebruik gemaakt van het computerprogramma Atlas.ti (Friese, 2019). Dit heeft de kans op toevallige fouten verkleind, hetgeen de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot (Baarda, et al., 2013).

1.8 Validiteit

De validiteit van een onderzoek kan vergroot worden door verschillende manieren van dataverzameling en verschillende databronnen te gebruiken (Mortelmans, 2013; Baarda, et al., 2013; Robson & McCartan, 2016). In dit onderzoek is data verzameld door middel van het interviewen van cliënten en twee focusgroepen met experts. Hierdoor is er sprake van triangulatie.

De validiteit kan vergroot worden als er voldoende diepgang in het onderzoek is (Baarda, et al., 2013 ; Mortelmans, 2013). In de interviews en focusgroepen is door de reflectie in de memo's diepgang gecreëerd. Na het uitwerken van elk transcript en na elke codering is gereflecteerd op dit proces, waardoor bijvoorbeeld de vijf elementen van meerzijdige partijdigheid steeds beter gedefinieerd konden worden. Ook is er grondig literatuuronderzoek gedaan. Het gebruik van bestaande theorieën vergroot de validiteit (Baarda, et al., 2013). In de focusgroep was er sprake van theorietriangulatie, doordat meerdere perspectieven bij elkaar komen. Dit versterkt de uitkomsten van het gesprek in de focusgroep (Mortelmans, 2013).

Door de in 1.5 genoemde peer debriefing is gecontroleerd of de kernlabels ook daadwerkelijk voortkomen uit de dataverzameling. Dit vergroot de validiteit van de uitspraken die zijn gedaan (Baarda, et al., 2013). Een laatste aspect van de validiteit is de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten. Bij het selecteren van respondenten voor deelvraag 3 is daarom gekozen voor zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten. Ook heeft het onderzoek zich niet beperkt tot cliënten met BPS, maar met een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose. Dit vergroot de generaliseerbaarheid van de uitkomsten. (Baarda, et al., 2013). In de discussie wordt stil gestaan bij de vraag of de onderzoeksresultaten ook daadwerkelijk te generaliseren zijn.

Hoofdstuk 2: Meerzijdige partijdigheid: Grondhouding & interventies

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: Welke elementen van meerzijdige partijdigheid kunnen behulpzaam zijn in individuele gesprekken met ouders met een ernstige persoonlijkheidsstoornis? In de eerste paragraaf wordt onderzocht hoe meerzijdige partijdigheid in de contextuele therapie wordt omschreven. Daarna wordt stilgestaan bij meerzijdige partijdigheid als grondhouding, waarna wordt beschreven uit welke elementen meerzijdige partijdigheid bestaat. In paragraaf vier wordt de interventies vanuit meerzijdige partijdigheid beschreven.

2.1 Wat is meerzijdige partijdigheid?

Nagy definieert meerzijdige partijdigheid als het *“achtereenvolgens de kant kiezen voor (en later ook tegen) ieder familielid afzonderlijk. De therapeut probeert met iedereen mee te voelen en iedereen krediet te geven op grond van iets dat werkelijk krediet waard is.”* (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 480).

Het partij kiezen

Door het wisselend partij kiezen, belicht de hulpverlener het perspectief van iedereen in het gezin. Hierdoor stimuleert hij de cliënt het perspectief van de ander in te nemen en te zien op welke manier de ander geeft in de relatie. Ieder familielid heeft hierin zijn eigen perspectief en eigen waarheid (Boszormenyi-Nagy, Krasner, 2018; Long & Kort, 2016). Doordat de hulpverlener voor ieder gezinslid, al dan niet aanwezig, partij kiest, ontstaat er ruimte om loyaal aan elkaar te blijven (Dillen, 2004; Ducommun-Nagy, 2008; Van der Meiden, 2020).

Nagy stelt dat de hulpverlener daarbij aandacht dient te hebben voor *“iedereen die zou kunnen worden getroffen door zijn of haar interventies.”* (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 480). Kenmerkend voor de contextuele benadering is dat hierbij ook aandacht is voor de overledenen en niet geboren familieleden (Michielsen, Steenackers & Van Mulligen, 1998). Er kan dus ook worden gesproken over het belang van jonge kinderen die niet bij de therapie aanwezig zijn of nog niet geboren zijn. Nagy noemt dit de preventieve werking van psychotherapie (Talloen, 1998).

De dialoog als doel

Het doel van meerzijdige partijdigheid is dat de cliënt *“het gebied van de dialoog betreedt”*, waarbij er ruimte is voor zowel zelfafbakening als zelfvalidatie (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 480; Meulink-Korf, 2013). Die dialoog wordt door Nagy gedefinieerd als *“wederzijdse betrokkenheid”*. Dit draait niet alleen om het vervullen van elkaars behoeften, maar het wederzijds rekening houden van elkaars rechten en behoeften (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 473). Grunebaum voegt hieraan toe dat meerzijdige partijdigheid een krachtig middel is om *“levenloze familierelaties”* nieuw leven in te blazen (Grunebaum, 1987, p. 653).

Onder zelfafbakening wordt het ontdekken en verwoorden van het eigen zelf verstaan. Dit is een belangrijke hulpbron om de dialoog aan te kunnen gaan (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 481). Onder zelfvalidatie wordt zelfwaardering verstaan. Die zelfwaardering kan alleen groeien in interactie met de omgeving (Prinsen, 2010). Deze zelfvalidatie levert vrijheid op om de dialoog met de ander aan te gaan (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 481).

2.2 Meerzijdige partijdigheid als grondhouding van de hulpverlener

Aangezien meerzijdige partijdigheid als grondhouding van de contextuele therapie wordt gezien, dient de hulpverlener dit in zijn basishouding te integreren. De mate waarin de hulpverlener meerzijdig partijdig kan zijn, hangt samen met de capaciteiten van de hulpverlener. Voorbeelden hiervan zijn empathisch vermogen en technische vaardigheden (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984, p. 179). Dit betekent dat het meerzijdig partijdig zijn hoge eisen aan de hulpverlener stelt in het nadenken over zijn eigen positie (Onderwaater, 2018; Van Mulligen, 1998; Long & Kort, 2016).

Als gevolg daarvan vraagt een meerzijdig partijdige grondhouding onderzoek naar het eigen gezinssysteem en de invloed daarvan op de houding van de hulpverleners. Als de hulpverleners zich bijvoorbeeld onvoldoende bewust is van zijn eigen parentificatie, kan dit belemmeren in het opbrengen van empathie voor één of meerdere gezinsleden (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984; Talloen, 1998). Hij kan de neiging voelen om de cliënt te beschermen in het contact met familieleden of in het spreken over familieleden (Ulrich, 1983). Hierdoor kan de meerzijdig partijdige houding verlaten worden. Er is dan een risico dat de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt belangrijker wordt dan het zoeken naar herstel van de relaties van de cliënt en zijn context (Talloen, 1998; Steenackers & Lens, 1998). De zorgvuldigheid die dit vraagt kan alleen gewaarborgd worden als de hulpverlener zelfonderzoek doet als hij emotioneel wordt geraakt (Steenackers & Lens, 1998).

2.3 Elementen van meerzijdige partijdigheid

Nagy onderscheidt in de meerzijdige partijdige houding vijf elementen die elkaar overlappen.

2.3.1 Empathie

Met empathie wordt bedoeld dat de hulpverlener zich inspannt om zich in te leven in de gevoelens van de verschillende familieleden. *“De natuurlijke reacties en gevoelens van de therapeut ten opzichte van bepaalde familieleden worden beteugeld”* (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 348). Gesteld wordt dat de hulpverlener voor iedereen in het gezinssysteem empathie dient op te brengen. Ook voor degene die als dader wordt gezien en waarvoor de gezinsleden zelf geen empathie kunnen opbrengen. Meerzijdige partijdigheid is meer dan alleen empathie tonen, maar *“zonder enige empathie, zonder enig delend beleven van de gevoelens van een ander, kan niemand hulpverlener zijn”* (Meulink-Korf & Van Rhijn, 2002, p.192).

Als het de hulpverlener niet lukt empathie op te brengen voor één van de familieleden en eenzijdig de kant van de cliënt kiest, verliest hij zijn meerzijdige partijdige houding. Hierdoor komt de dialoog niet op gang en stagneert het hulpverleningsproces (Michielsen, van Mulligen & Hermkens, 1998; Ulrich, 1983).

2.3.2 Krediet geven

De hulpverlener stimuleert op een actieve manier dat familieleden elkaar krediet geven voor wat er wederzijds wordt gegeven (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018). De hulpverlener dient de cliënt *“aan te moedigen om het risico te nemen van een positieve bijdrage”*. Hierdoor kan de cliënt positieve ervaringen opdoen en gemotiveerd worden om meer verantwoordelijkheid op zich te nemen (Ducommun-Nagy, 2008, p. 105).

Als familieleden echter niet in staat zijn het geven en ontvangen van elkaar te zien, geeft de hulpverlener krediet aan de cliënt of zijn gezinsleden. Dit kan hij doen door te benoemen op welke manier er gegeven wordt (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018; Krasner & Joyce, 1995).

2.3.3 Verwachting

Het uitgangspunt van meerzijdige partijdigheid is dat de hulpverlener een positieve grondhouding heeft. Dit houdt in dat de hulpverlener ervan uitgaat dat de cliënt ten diepste gemotiveerd is om te onderzoeken wat het perspectief van de ander is en dat de cliënt de intentie heeft om de dialoog aan te gaan (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 348). Als de cliënt nog te gekwetst is om het perspectief in te kunnen nemen, gaat de hulpverlener op zoek hoe hij hier verandering in kan brengen.

2.3.4 Alomvattendheid

Het vierde elementen van meerzijdige partijdigheid is dat de hulpverlener partijdig is met elk familielid, dus ook met degene die afwezig is of als boosdoener wordt gezien. Meegaan in de bestaande dynamiek door bijvoorbeeld niet te spreken over het afwezige kind, kan betekenen dat niet ieder familielid evenveel meetelt. Dat is dus meer dan een “*technisch partij kiezen voor een strategisch uitgezocht familielid*” (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 349).

Ook als de hulpverlener met het individu in gesprek is, dient hij betrokken te zijn op degenen die niet aanwezig zijn, ook als die relaties verstoord zijn (Meulink-Korf & Van Rhijn, 2002). In het gesprek over ouderschap omvat alomvattendheid het perspectief en het belang van het kind.

2.3.5 Timing

De timing van het partij kiezen, wordt door de hulpverlener bewust gekozen. De hulpverlener kiest dan ook met wie hij wanneer partijdig is. Nagy stelt als algemene regel dat degene die het meest is gekwetst voorrang krijgt in dit proces (Ducommun-Nagy, 2008). Als de gekwetste persoon nog onvoldoende is gesteund, kan niet verwacht worden dat hij het perspectief van een ander familielid, laat staan van de dader, kan innemen (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018).

2.4 Interventies in individueel behandelcontact

De meerzijdig partijdige interventies in individuele gesprekken zijn beperkt beschreven. Zo betreft Nagy in zijn casusbeschrijvingen vroegtijdig in het hulpverleningsproces familieleden bij het gesprek, waardoor er in zijn casusbeschrijvingen vrijwel altijd meerdere gezinsleden aanwezig zijn (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984). De meeste interventies vanuit een meerzijdige partijdige houding gaan uit van gesprekken met meerdere personen, zoals familiegesprekken, systeemgesprekken en partnerrelatiegesprekken (Long & Kort, 2016; Savenije, Van Lawick & Reijmers, 2019).

Van der Meiden (2020) beschrijft in zijn model toepassingsmogelijkheden van de contextuele theorie. Het “*beurtelings partijdig zijn met elk gezinslid*” is in hierin een interventie in de eerste fase. Die fase is gericht op het “*onderzoeken van verbondenheid in hechte relaties*” (Van der Meiden, 2020; p. 46). Meerzijdige partijdigheid kan ook gericht zijn op het op gang brengen van de innerlijke dialoog bij de cliënt. Op deze manier is meerzijdige partijdigheid ook toe te passen in individuele hulpverleningscontacten (Van der Meiden, 2020).

De hulpverlener neemt een actieve, directieve houding aan en hanteert een duidelijk structuur in de gesprekken (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984; Van der Meiden, 2020). Het aangaan van de innerlijke dialoog wordt hierbij gestimuleerd, voordat er tot dialoog met anderen wordt uitgenodigd (Van der Meiden, 2020). De houding van de contextueel hulpverlener in individuele gesprekken komt overeen met de houding in gesprekken waar meerdere mensen

aanwezig zijn. De hulpverlener dient de cliënt te zien als onderdeel van zijn context en zijn plek in de verschillende generaties (Ulrich, 1983).

2.5 Conclusie

Meerzijdige partijdigheid is tegelijkertijd een grondhouding en een methodische handreiking vanuit het contextuele gedachtegoed. Meerzijdige partijdigheid bevat vijf elementen: empathie, krediet geven, verwachting, alomvattendheid en timing. Deze elementen overlappen elkaar. Als de hulpverlener één van deze elementen uit het oog verliest, kan hij zijn meerzijdig partijdige houding verliezen en meegaan in de dynamiek in het (gezins-)systeem.

Meerzijdige partijdigheid is een gangbare methodiek in gesprekken met meerdere aanwezigen. In individuele gesprekken kan dit echter ook helpend zijn, bijvoorbeeld om de innerlijke dialoog van de cliënt op gang brengen.

Als de hulpverlener het niet lukt om empathie te hebben voor iemand uit het gezinssysteem van de cliënt, verliest hij zijn meerzijdig partijdige houding. Naarmate er heftigere gebeurtenissen en emoties een rol spelen bij de cliënt, is de kans op emotionele geraaktheid van de hulpverlener groter. De contextuele therapie richt zich dan specifiek op geraaktheid van iets uit het eigen gezinssysteem.

Hoofdstuk 3: Mentaliseren

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de tweede deelvraag: wat is mentaliseren en op welke manier beïnvloedt dit het gesprek over ouderschap?

In de eerste paragraaf wordt beschreven wat mentaliseren inhoudt. In de tweede paragraaf wordt beschreven op welke manier mentaliseren belangrijk is bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, waarna in de derde paragraaf wordt beschreven wat mentaliseren betekent voor de grondhouding van de hulpverlener. Daarna wordt een overzicht gegeven van de interventies in individuele behandelcontacten.

3.1 Wat is mentaliseren?

Mentaliseren is ontwikkeld binnen de behandeling van cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis. De term mentaliseren wordt al sinds de jaren '70 in de psychiatrie gebruikt, maar sinds begin jaren '90 hebben Fonagy & Bateman dit begrip onderzocht en uitgewerkt. Inmiddels wordt het gezien als een concept dat in de gehele breedte van de hulpverlening bruikbaar is (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Het proces van mentaliseren vindt grotendeels op onbewust niveau plaats. De op mentaliseren gerichte behandeling heeft als doel *“sterke behoeften en emoties te moduleren en ze draaglijker te maken”* (Allen, Fonagy & Bateman, 2008, p. 9). Bij het automatisch mentaliseren wordt allerlei informatie verzameld. Dat beïnvloedt het maken van keuzes in bijvoorbeeld de reactie op iets wat de ander zegt. Hiermee helpt het mentaliseren bij het reguleren van emoties. Gebrekkig mentaliseren zorgt dan ook voor een beperkte regulatie van emoties (Bateman & Fonagy, 2007).

Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis wordt het gehechtheidssysteem eerder geactiveerd en houden de geactiveerde emoties langer aan (Herpertz, 2003), ook in de relatie tussen cliënt en hulpverlener (Diamond, Stovall, Clarkin & Levy, 2003). Dit gehechtheidssysteem wordt eerder geprikkeld in een intensieve hechtingsrelatie met anderen (Bateman, Campbell, Luyten & Fonagy, 2018; Brennan & Shaver, 1998). Het is dan lastiger om die heftige emoties nog te voelen, te verdragen en hier over na te kunnen denken (Bateman & Fonagy, 2007; Conklin, Bradley & Westen, 2006). Het wordt dan ook lastiger *“het zelf en de ander te onderscheiden”* (Bateman & Fonagy, 2007, p. 35).

3.2 Aspecten van mentaliseren

Bateman & Fonagy (2007) onderscheiden drie manieren waarop het mentaliseren onder druk komt te staan, namelijk de alsof-modus, psychische equivalentie en de teleologische modus. Deze drie modi kunnen elkaar in gesprek snel afwisselen.

Bij de alsof-modus is er een sterke scheiding tussen de psychische en fysieke realiteit. De cliënt praat over emoties, gevoelens en verlangens, maar er is geen verbinding met de werkelijke gevoelens. De hulpverlener die in gesprek is met een cliënt die veel in de alsof-modus zit, zal meestal iets anders voelen dan wat er verteld wordt en zal vaak het gevoel hebben dat er geen werkelijk contact is. Als een cliënt in deze modus zit, dient er eerst aandacht te zijn voor het gevoel. De meerzijdig partijdige hulpverlener kan daarna pas de innerlijke dialoog te stimuleren, aangezien de cliënt contact nodig heeft met zijn gevoel.

De tweede manier is de psychische equivalentie. Deze modus is te herkennen aan achterdochtige vijandigheid in het contact, waarbij de cliënt ervan overtuigd is dat wat hij denkt of voelt over de ander ook daadwerkelijk zo is. Dat wil zeggen dat *“de interne en externe realiteit dezelfde status hebben”* (Bateman & Fonagy, 2007, p. 39).

In de teleologische modus, de derde vorm van falend mentaliseren, verlangt een cliënt een werkelijk bewijs van betrokkenheid van de hulpverlener. Het is dan niet de actie zelf die dat bewijs biedt, maar het feit dat de behandelaar afwijkt van zijn normale hulpaanbod. Als de cliënt bijvoorbeeld als reactie op zijn zelfbeschadiging zorg van zijn hulpverlener krijgt, versterkt dit voor even het gevoel over zichzelf. Een hulpverlener kan zich onder druk gezet voelen een interventie te doen (Bateman & Fonagy, 2007).

3.3 Mentaliseren als houdingsaspect

Mentaliseren is een proces van gezamenlijke aandacht. Dit maakt dat de hulpverlener ook aandacht schenkt aan zijn eigen mentaliseren. Daarnaast heeft de hulpverlener een houding die wordt omschreven als een *“onderzoekende houding, ofwel een houding van niet-weten”* (Bateman & Fonagy, 2007, p. 120). Hij is daarbij actief: vraagt door, spreekt zijn eigen intenties uit en heeft oog voor de mentale toestand van de cliënt.

Hiermee bewaakt en stimuleert hij het proces van mentaliseren en is daarmee minder sterk gericht op de inhoud (Bateman & Fonagy, 2007). Het steeds gericht zijn op mentaliseren daagt de hulpverlener uit om *“een consequent reflectief therapeutisch proces te ontplooiën en te handhaven”* (Allen, Fonagy & Bateman, 2008, p. 177). Dit is meer een *“attitude dan een techniek”* (Allen, Fonagy & Bateman, 2008, p. 178). Dit betekent dat de hulpverlener zich bewust is van zijn eigen emoties en deze, ook tijdens een hulpverleningsgesprek, actief onderzoekt.

3.4 De interventies

Mentaliserende interventies zijn gericht op het gevoel en de emotie en niet op het gedrag of de inhoud. Het is voor de hulpverlener belangrijk de interventies *“eenvoudig en kort”* (Bateman & Fonagy, 2007, p. 134) te houden, zodat hij contact met de cliënt houdt. Daarnaast zijn de interventies zoveel mogelijk gericht op wat er in het hier en nu gebeurt. De hulpverlener is dan ook bij elke interventie gericht op het monitoren van de intensiteit van de emoties van de cliënt en past zijn interventies hierop aan. Als de hulpverlener merkt dat een interventie het mentaliseren niet op gang brengt, dient hij een stap terug te doen en te starten met het geven van steun en tonen van empathie (Bateman & Fonagy, 2007, p. 135). Deze blijvende gerichtheid op het mentaliseren en daarmee op het spanningsniveau van de cliënt is bepalend voor de houding van de hulpverlener, de structuur en richting van de gesprekken.

Als het mentaliseren niet lukt kan de hulpverlener stilstaan om voor zichzelf en de cliënt ruimte te creëren om het mentaliseren weer te herstellen. Deze interventie dient gevolgd te worden met een uitdaging om het denken en voelen over zichzelf en de ander weer op gang te brengen. Openheid en eerlijkheid vanuit de hulpverlener is hierin belangrijk om het contact en het mentaliseren weer te kunnen herstellen. In dit stoppen kan de hulpverlener ook terugspoelen in het gesprek naar het moment dat de emotie of spanning hoog opliep (Bateman & Fonagy, 2007).

Conclusie

Mentaliseren is een proces van gezamenlijke aandacht, waarbij de aandacht gaat naar het denken en voelen over het denken en voelen. Dit is meer een basishouding dan een techniek. Doordat de cliënt geholpen wordt zijn emoties beter te reguleren, ontstaat er ruimte om andere perspectieven te onderzoeken.

De hulpverlener neemt een actieve en onderzoekende houding aan. Een kenmerkende interventie is het valideren van de spanning. Hierdoor kan de spanning en emotie bij de cliënt

zakken waardoor het meer ruimte ontstaat om na te denken. Hierbij monitort de hulpverlener steeds de intensiteit van de emoties bij de cliënt en zichzelf. Deze gerichtheid op het gevoel, en niet op de inhoud, is kenmerkend voor het mentaliseren.

Voor de mentaliserende hulpverlener is het belangrijk dat hij reflecteert op zijn eigen geraaktheid. Dit is vergelijkbaar met het zelfonderzoek bij het meerzijdig partijdig kunnen zijn. Een verschil hierin is het dat in het zelfonderzoeken bij meerzijdige partijdigheid de geraaktheid ten aanzien van het eigen gezinssysteem centraal staat.

Hoofdstuk 4: Elementen van meerzijdige partijdigheid volgens cliënten

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: Welke elementen van meerzijdige partijdigheid en mentaliseren spelen een rol in de ervaringen die ouders hebben in de gesprekken over de ouder-kindrelatie? De paragrafen worden gevormd door de kernlabels. De definities van deze kernlabels zijn te vinden in bijlage één. In bijlage twee staat het kernlabelschema van de acht interviews.

De analyses worden aangevuld door verwijzingen naar de tekstfragmenten uit de interviews. Deze tekstfragmenten worden weergegeven met respondentnummer en de regelnummers van de transcripten. Om de anonimiteit te waarborgen is ervoor gekozen om de respondenten allemaal als vrouwelijk te beschrijven.

4.1 Empathie

Zes van de acht respondenten hebben de ervaring dat de hulpverlener open is over zijn eigen ervaring met kinderen. Dit delen helpt volgens deze respondenten om in gesprek te raken over ouderschap en ze delen hierdoor meer over moeiten in het ouderschap. Daarbij geven drie respondenten aan dat de hulpverlener menselijk wordt doordat deze zijn eigen ervaring met ouderschap deelt.

I: En wat voor effect heeft het op jou als zo 'n hulpverlener iets van zichzelf laat zien?

R1: Dan laat ik makkelijker iets van mezelf zien.

(1;120-121)

I: dat is weer belangrijk: toch het delen van de ervaring van de hulpverlener zelf

R6: Dat maakt hem menselijker. Omdat we zo in een patiëntrol zitten, is het moeilijk om de hulpverlener als mens te zien. Terwijl ze dat gewoon zijn hoor.

(6;187-188)

Zes respondenten hebben van een hulpverlener bij AMBIT erkenning gekregen voor onzekerheden en angst in ouderschap. Ze geven aan dat dit helpend is om in gesprek te komen over dit onderwerp (1;74, 3;175-176, 4;94-95, 5;31-32; 6;195 & 7;93-94). Voor vijf respondenten geldt dat als de hulpverlener niet open is over zijn beleving, het lastiger is om zelf moeilijke dingen over ouderschap te delen en vertrouwen op te bouwen (1;125, 3;98-102; 4;231; 5;133-136 & 6;91).

Samenvattend kan gezegd worden dat cliënten empathie vanuit de hulpverlener ervaren door het delen van eigen ervaring door de hulpverlener. Dit speelt een belangrijke rol in het opbouwen van vertrouwen. De respondenten geven aan hier zelf meer door te delen, hierdoor ontstaat de mogelijkheid om in gesprek te komen over ouderschap.

4.2 Krediet geven

Vier respondenten geven expliciet aan dat ze zich gezien voelen als mens en zich positief benaderd voelen bij AMBIT (1;113-114, 5;107, 6;156-158 & 8;20). Bij één respondent heeft de hulpverlener gedurende de behandeling consequent de positieve aspecten van het ouderschap van de respondent belicht (6;53, 75-76 & 6;159-162). De overige respondenten hebben positieve ervaringen met het gesprek over ouderschap, bijvoorbeeld over het “*sparren over hoe je met dingen omgaat*” (3;85), het zoeken naar geruststelling dat het goed gaat met hun kind (7;162) en het kwijtraken van spanning (2;32).

Bij de respondent waarbij consequent de positieve aspecten benoemd werden, zorgde dit in het begin van de behandeling ervoor dat de spanning bij haarzelf zakte (6;53). Het hielp haar om haar motivatie vast te houden als ze dat zelf niet meer zag (6;75-76) en het heeft lang geduurd voordat ze zelf de positieve aspecten in haar ouderschap kon geloven (6;117-128).

Slechts één respondent geeft aan dat er expliciete aandacht voor krediet geven voor positieve aspecten van ouderschap is geweest. Zeven respondenten geven aan dat er geen structurele aandacht voor het geven van de cliënt aan zijn of haar kind is. Het element krediet geven lijkt hiermee geen vast plek te hebben in de gesprekken over ouderschap.

4.3 Verwachting

Alle respondenten geven aan dat de aanwezigheid van hun kind een grote rol speelt in hun motivatie om behandeling aan te gaan of vol te houden. Hierbij speelt het niet door willen geven van problemen aan hun kinderen bij alle respondenten een rol.

R5: Ik heb in mijn kindertijd veel breuken opgelopen en heb in mijn jeugd veel meegemaakt met mijn ouders. Dus ik wil gewoon niet dezelfde fouten gaan maken bij mijn eigen kinderen (5;165)

R7: Natuurlijk voor mezelf. Maar ik denk mijn grootste motivatie is dat ik de problemen niet aan mijn dochter wil doorgeven en dat ik wil leren een goede moeder te zijn. Zoals het mij niet geleerd is emoties te delen of me veilig te voelen. Zo wil ik dat wel bij dochter doen. (7;52)

Naast de grote rol die het contact met kinderen speelt in de motivatie om behandeling aan te gaan, is er bij alle respondenten de behoefte om het contact met hun kinderen te bespreken. Deze behoefte is heel verschillend en varieert van het delen als de spanning op dit onderwerp hoog zit (2;73-74 & 4;211), advies krijgen (1;231, 5;9-10 & 6;10), bespreken wat te doen als de emotie bij de respondent hoog oploopt (4;9 & 5;13-14), concreet oefenen om in gesprek te gaan met kinderen (3;222) tot aandacht voor ouderschap tijdens crisissituaties (7;249-252). Daarnaast hebben drie respondenten ook behoefte om met andere ouders met een persoonlijkheidsstoornis te praten over ouderschap (3;45, 7;232-239 & 8;196-199). Twee respondenten geven aan dat ze geen behoefte hebben om het met de hulpverlener over de ontwikkeling van hun kind te hebben (1;21-24 & 2;139-140). Ondanks deze behoefte om over ouderschap te praten, krijgt bij slechts twee respondenten ouderschap een plek in het behandelplan (4;119-122 & 5;180-181).

De duidelijk aanwezige behoefte om het ouderschap in de behandelgesprekken te bespreken en de belangrijke plek van kinderen in de motivatie om behandeling aan te gaan, tonen aan dat de hulpverlener mag verwachten dat ouderschap een onderwerp van gesprek kan zijn. Dit staat in contrast met dat ouderschap volgens respondenten geen vaste plek in de behandeling en het behandelplan heeft.

4.4 Alomvattendheid

Vier respondenten noemen de behandeling bij AMBIT in eerste instantie individueel gericht en geven aan dat ouderschap geen centrale plek heeft in behandeling (1;212, 3;56-57, 6;18-22 & 8;126-129). Bij drie respondenten zijn expliciet de risico's van hun problematiek voor de ontwikkeling van hun kind besproken. Bij twee respondenten gebeurde dit binnen AMBIT. Ze geven beiden aan dat dit een spannend en lastig gesprek was, maar dat het ook de motivatie om behandeling aan te gaan heeft (1;105-107, 7;67-68 & 7;281-282). Bij vier respondenten komt

naar voren dat de hulpverlener in gesprekken het perspectief van het kind belicht. Eén respondent heeft ervaren dat haar hulpverlener dit op meerdere manieren inzet (6;83 & 6;169-170).

R5: ... Maar de hulpverlener zegt bijvoorbeeld: “Weet je wat: sommige kinderen hebben juist meer aandacht nodig. En misschien doet je dochtertje dat omdat ze juist aandacht wil. Misschien kun je de volgende keer zeggen: “Kom maar hierheen, misschien vind je het spannend.”
(5;154)

Geconcludeerd kan worden dat de respondenten ervaren dat de behandeling bij AMBIT in eerste instantie individueel gericht is. Alomvattendheid krijgt concreet vorm als de hulpverlener het problematiseert als de zorg voor het kind het behandelproces belemmert. Het perspectief van het kind wordt dan in dit gesprek belicht.

4.5 Timing

De respondenten geven geen eenduidig moment voor wanneer het passend is om in gesprek te gaan over ouderschap. Het begin van de behandeling (7;194-195), na twee maanden (6;17-18), na zeven maanden (5;25-26) en na driekwart jaar (3;149-150) worden genoemd als momenten waarop het mogelijk is. Er is een groot verschil zichtbaar in wat het bespreken van ouderschap aan het begin van de behandeling oproept. Twee respondenten geven aan dat ze het erg lastig vinden om over de ontwikkeling van het kind in gesprek te gaan (2;139-140), waarvan er één aangeeft dat het een taboeonderwerp was (1;21-24). Een derde respondent geeft aan dat ze eerst aan haar eigen emotieregulatie wil werken (7;53-56).

Het problematiseren dat de zorg van de ouder voor het kind het behandelproces vertraagt, is eerder besproken in 4.4. Er wordt dan op initiatief van de hulpverlener vroegtijdig in behandeling over ouderschap gesproken. Eén respondent geeft aan dat dit de relatie met de hulpverlener heeft beschadigd (1;184-187). Bij de andere drie respondenten komt het beeld naar voren dat de het bespreken hiervan spannend was, maar ze benoemen dit ook als een belangrijk moment in de behandeling.

R6: En toen zei mijn casemanager: “Ja, maar R6, je moet er eerst voor jezelf zijn en dan kun je er echt voor je kind zijn.” Toen ben ik gaan nadenken en bedacht ik: “Dat is eigenlijk wel waar, daarvoor ben ik ook in therapie gegaan.” Het benoemen ervan is heel belangrijk, anders raak je het zelf kwijt
(6;64-67)

De respondenten geven geen eenduidig moment waarop het passend is om in gesprek te gaan. Bij vier respondenten is dit op een vroeg moment in de behandeling besproken omdat de zorg voor het kind de behandeling vertraagde. In drie gevallen heeft dit de motivatie voor behandeling vergroot, bij de vierde zorgde dit voor een vertrouwensbreuk.

4.6 Emoties bij praten over ouder-kindrelatie

Er komen bij respondenten verschillende negatieve emoties naar boven tijdens of door het gesprek over ouderschap. Zo speelt bij vijf respondenten wantrouwen een rol (1;82, 3;111-114, 4;103, 5;118-121 & 6;115-116). Ook zijn vijf respondenten angstig dat het kind wordt afgepakt (1;34, 4;213, 6;16, 7;28 & 8;109-111). Daarnaast is er irritatie naar de hulpverlener (4;231, 5;84-85 & 7;126-129) en brengt het onderwerp schaamte met zich mee (4;53). Ten slotte wordt er door vier respondenten onzekerheid over het ouderschap gevoeld (4;13, 6;13-14 7;30 &

8;229). Zes respondenten hebben minimaal één negatieve ervaring voordat ze de behandeling bij AMBIT gestart zijn. De negatieve ervaringen hebben op verschillende plekken plaatsgevonden, bijvoorbeeld in gesprek met een huisarts (1;37-43), een jeugdzorginstelling (2;16-22) en Altrecht GIT-PD (6;80-83). Slechts één van de respondenten heeft een positieve ervaring met het gesprek over kinderen (7;167 & 7;174).

Kijk, ik heb niet daadwerkelijk die gezinnen gezien. Dus ze kan van alles bij elkaar liegen. Wie zegt dat ze de waarheid spreekt. Ik heb nog geen vertrouwen.
(1;82)

R4: Ik ben er onzeker in geworden of ik het wel goed heb gedaan.
(4;13)

De aanwezigheid van deze emoties bevestigt dat het onderwerp veel spanning en emotie met zich meebrengt en dat hier aandacht voor dient te zijn. De reden van de aanwezigheid hiervan ligt mogelijk in feit dat zes respondenten een negatieve ervaring hebben met het gesprek over ouderschap.

4.7 Gerichtheid op gevoel

Door drie respondenten wordt het aandacht geven aan hoog oplopende emotie als helpend ervaren, onder andere omdat de gerichtheid op het gevoel helpt om bij onderliggende problemen te komen (4;145-146) of omdat het irritatie geeft als een hulpverlener inhoudelijk doorgaat op een onderwerp dat veel spanning oproept (1;169). Eén respondent noemt dat de hulpverlener soms juist wel op de inhoud doorgaat en het positieve benoemt wat ze waarneemt in het ouderschap. Het helpt de respondent en zet haar aan het denken (6;52-53).

De gerichtheid op het gevoel komt wordt als behulpzaam of neutraal ervaren. De respondenten geven negatief effect van het weggaan van de inhoud van het gesprek naar de emoties die spelen.

4.8 Openheid door hulpverlener

De openheid en transparantie van de eigen beleving en gevoelens van de hulpverlener bleek in de analyse sterk te overlappen met het element empathie. Omdat een mentaliserende houding transparantie van de hulpverleners vraagt, is dit niet verwonderlijk. Het is opvallend dat de hulpverlener van zes respondenten naast transparantie over emoties ook expliciet open zijn over hun eigen ervaringen met ouderschap.

Geconcludeerd kan worden dat er geen onderscheid te maken is tussen empathie als element van meerzijdige partijdigheid en openheid door de hulpverleners als kenmerk van de mentaliserende hulpverlener

4.9 Alertheid bij bespreken ouder-kindrelatie

In de interviews kwamen naar boven dat respondenten alert zijn op de houding van de hulpverlener. De onderzoeker heeft bij alle respondenten hierop doorgevraagd.

Alertheid bij bespreken ouder-kindrelatie

	Respondent 1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Inhoud woorden	X				X			
Manier van praten	X			X	X	X		

Ogen/blik	X	X	X	X	X	X		X
Lichaamshouding	X	X		X				

Eén respondent geeft aan bij hoge spanning alleen op zichzelf gericht te zijn. De andere zeven geven aan bij het onderwerp ouderschap verhoogd alert te zijn, waarbij het per respondent verschilt waar ze op letten in de houding van de hulpverlener.

R1: Hoe ze erbij zit. Haar handen, ogen en blik. Haar toon. Wat ze niet zegt en wat ze wel zegt. (1;84)

Zeven respondenten zijn verhoogd alert op de houding van de hulpverlener zodra het gesprek over ouderschap gevoerd wordt. In het onderzoek is geïnventariseerd op welke punten de respondenten alert zijn.

4.9 Conclusie

De elementen empathie en openheid van de hulpverlener vallen met elkaar samen. Dit lijkt een raakvlak te zijn tussen het mentaliseren en de meerzijdige partijdigheid. Het geven van empathie krijgt vorm doordat de hulpverlener open is over zijn emotie en open is over zijn eigen moeite met ouderschap. Dit helpt in het opbouwen van vertrouwen en de respondenten geven aan dat ze er zelf makkelijker door delen.

Met betrekking tot het element verwachting kan gesteld worden dat de interviews voldoende aanleiding geven om een positieve verwachting te hebben. De respondenten hebben behoefte om te praten over het ouderschap. Daarnaast vormt het een betere ouder willen zijn een groot onderdeel van de motivatie om behandeling aan te gaan. Het is dan ook opvallend dat de motivatie en het bespreken van het ouderschap heel beperkt is vastgelegd in het behandelplan.

Wat betreft timing geven de respondenten geen eenduidig moment aan om in gesprek te gaan over ouderschap, ze willen dit als ze de hulpverlener vertrouwen. Het element alomvattendheid krijgt concreet vorm als door de zorg voor het kind het behandelproces stagneert. Dan wordt het perspectief van het kind belicht. Op andere momenten wordt het perspectief van het kind nauwelijks belicht. Als dit behandelproces stagneert, wordt ouderschap echter vroegtijdig in de behandeling besproken. De ervaringen van deze vroegtijdige timing is in de meeste gevallen positief. Tot slot lijkt het krediet geven weinig ruimte te krijgen. De respondent die wel veel krediet ontving in de gesprekken heeft dit als positief en helpend ervaren.

Hoofdstuk 5: Elementen van meerzijdige partijdigheid volgens experts

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: Op welke manier kan volgens experts meerzijdige partijdigheid hulpverleners helpen om in gesprek te komen met ouders met een ernstige persoonlijkheidsstoornis over ouderschap?

De paragrafen worden gevormd door de kernlabels: de elementen van meerzijdige partijdigheid. De definities van deze kernlabels zijn te vinden in bijlage één. In bijlage twee staat het kernlabelschema van de twee focusgroepen. De analyses worden aangevuld door verwijzingen naar de tekstfragmenten uit de focusgroepen. Deze tekstfragmenten worden weergegeven met focusgroepnummer, doorgeteld na de interviews, en de regelnummers van de transcripten.

5.1 Empathie

Bij het bespreken van de resultaten hebben de experts nagedacht over hoe het delen van eigen ervaring helpend kan zijn. Er ontstond consensus over dat het transparant zijn over eigen emoties en gevoelens helpend kan zijn (9;52-57 & 10;149-151). In de eerste focusgroep was overeenstemming over dat er risico's verbonden zijn aan het delen van eigen ervaring. Ook was er overeenstemming over het voorzichtig zijn met het delen van eigen ervaring. (9;40, 9;42). In focusgroep twee deelden de regiebehandelaar en contextueel expert deze visie en werd aangevuld dat het belangrijk is het delen van eigen ervaring goed te timen (10;149-151 & 10;158-160).

R: Als het aansluit of goed getimed is, dan heeft het therapeutische waarde. Je moet altijd bedenken wat je cliënt eraan heeft. In hoeverre ga ik mijn cliënt hiermee helpen. En dan geloof ik eerder in transparantie. (10;150)

Voor dit transparant zijn over eigen gevoelens worden door de experts verschillende eigenschappen genoemd die helpend kunnen zijn. In focusgroep één werd het oprecht geïnteresseerd zijn in de ander genoemd (9;84). De contextueel expert vulde aan dat de hulpverlener zicht heeft op de keuzes die hij in zijn eigen leven maakt en daar vrede mee heeft (9;117). Er was in de tweede focusgroep overeenstemming over dat moed en vertrouwen in jezelf helpende eigenschappen zijn (10;123, 10;175-176 & 10;220). De experts in de tweede focusgroep waren het met elkaar eens dat werkervaring een grote rol speelt in het aanvoelen op welk moment en op welke manier de hulpverlener het gesprek aan kan gaan (10;111-117).

De experts hebben overeenstemming over het nut van transparant zijn over eigen emoties, maar zien risico's in het delen van eigen ervaringen met ouderschap. Ze hebben daarnaast nagedacht over de eigenschappen die het vraagt om op een passende manier open te kunnen zijn, waarbij oprechte interesse, moed, zelfinzicht en vertrouwen in jezelf genoemd werden.

5.2 Krediet geven

Het krediet geven is in beide focusgroepen beperkt ter sprake gekomen. De contextueel expert in focusgroep één brengt dit in en de andere deelnemers bevestigen dit. Het krijgt echter geen vervolg.

P: Maar je hebt ook recht op consideratie of empathie voor je inspanningen.

A: Ja, wat een mooie.

M: Precies. (9;143-145)

Dit is vergelijkbaar met de plek die krediet geven heeft in de gesprekken tussen cliënten en hulpverleners. Uit de analyse van de interviews kwam naar voren dat het krediet geven aan de ouder die in behandeling is, een kleine plek in de behandelgesprekken krijgt

5.3 Verwachting

Door de contextuele experts wordt genoemd dat de hulpverlener er vanuit kan gaan dat elke ouder de intentie heeft om een goede ouder te zijn (9;141, 9;150 & 10;27). Hierbij wordt door de andere experts gesignaleerd dat het gericht zijn op de intentie van de cliënt aanwezig is in de grondhouding van hulpverleners bij AMBIT.

R: Wat overigens mooi aansluit, als ik jou intentie hoor zeggen, bij AMBIT. Met MBT zijn we ook eigenlijk heel veel aan het kijken wat dan die intentie is. (...) (10;30)

Uit de interviews werd geconcludeerd dat de cliënten inderdaad een betere ouder willen zijn. In de focusgroepen wordt genoemd dat deze positieve grondhouding aansluit bij AMBIT. Dit staat in contrast met de beperkte concrete uitwerking van de motivatie en behoeften met betrekking tot ouderschap.

5.4 Alomvattendheid

In beide focusgroepen bracht de contextueel expert in dat het belangrijk is dat de hulpverlener vanaf het begin van de behandeling de cliënt vanuit zijn context ziet. Dit werd bevestigd door de andere experts (10;41). Dat betekent dat alle rollen van een cliënt aandacht vragen, waaronder de rol als ouder (10;34-36). Er was ook overeenstemming over dat als het lastig is hierover in gesprek te komen met de cliënt is, het ten minste belangrijk is dat de context in gedachten van de hulpverlener blijft (10;87-88 & 10;193).

P: Het is een basisattitude dat wanneer iemand je spreekkamer binnenwandelt, dat je niet alleen het individu ziet. Maar dat je meteen ook gaat kijken hoe het zit met die onzichtbare draden tussen die persoon zelf en de mensen met wie hij of zij in het leven verbonden is. (9;79)

Volgens een contextueel expert krijg alomvattendheid vorm door te wisselen tussen de verschillende posities (9;31) en aandacht voor het recht hebben op een aanwezige ouder (9;143). De andere drie experts in de eerste focusgroep bevestigen dit. Er komt hier echter weinig gesprek over op gang.

Volgens de experts sluit het zien van de cliënt vanuit zijn context aan bij de visie van AMBIT en is dit element aanwezig in de behandeling van AMBIT. In de focusgroep neemt de contextueel expert het initiatief om na te denken over de invulling van alomvattendheid. Hier komt maar beperkt een gesprek over op gang en wordt er weinig invulling gegeven aan dit element.

5.5 Timing

Er worden diverse redenen genoemd waarom het onderwerp ouderschap geen vaste plek heeft in de behandeling. In beide groepen wordt door twee experts die bij AMBIT werkzaam zijn genoemd dat het onderwerp ouderschap verdwijnt doordat er in de instroomfase veel onderwerpen besproken moeten worden (9;68 & 10;235). Daarnaast schatten de experts in dat de cliënten bang zijn om het onderwerp te bespreken (9;72-74 & 10;48). De casemanagers in beide focusgroepen noemen dat hulpverleners mogelijk bang zijn dat het gesprek over

ouderschap de samenwerkingsrelatie beschadigt (9;140) en dat het gesprek over ouderschap naar de achtergrond verdwijnt doordat actuele onderwerpen meer aandacht vragen (10;233).

Er ontstaat consensus over dat het meer aandacht voor ouderschap krijgen afhankelijk is van één of meer mensen in een team die affiniteit hebben met het onderwerp (9; 129, 9; 135-136 & 9; 140). In focusgroep twee stelt de expert van Altrecht Jeugd dat hij vanuit zijn betrokkenheid bij het team AMBIT Zeist de indruk heeft dat de aandacht voor het onderwerp groeit. Het is echter nog niet structureel in de aandacht (10; 99). Er werd daarna uitgebreid nagedacht over hoe ouderschap een centralere plek kan krijgen. De expert van Altrecht Jeugd benoemt een aantal keer dat het belangrijk is het onderwerp vroeg in de behandeling te bespreken, zodat het makkelijk is op het onderwerp terug te komen. Hier ontstond consensus over (10;56, 10;67-68 & 10;141).

Hierbij wordt benoemd dat het belangrijk is de motivatie van de cliënt om een betere ouder te willen zijn in het oog te houden en te benoemen (10;102) en mogelijke zorgen van de ouder over het kind te bespreken (10;72).

Er was in deze groep ook consensus over dat het belangrijk is dat de hulpverlener bewust is dat het voor de cliënt nog heel onveilig kan voelen om hierover in gesprek te gaan en dat het vertrouwen ontbreekt. Het laten zien dat je betrokken bent (10;85 & 10;129-132) en het ondertitelen van de je intenties als hulpverlener (9;56-57, 9;80 & 9;140) is belangrijk om het wantrouwen te verminderen.

T: (...) Totdat je laat zien dat je betrokken bent bij de kinderen. Dat dit heel belangrijk is. Dat is ook vertrouwen wat je wint. Dus niet alleen maar iets van: Eerst vertrouwen en dan pas dat gesprek. Nee, via dat vehicel van die kinderen kun je natuurlijk ook heel goed vertrouwen winnen. (10;130)

De timing om het gesprek over ouderschap aan te gaan krijgt in de focusgroepen een andere lading dan in de interviews. In focusgroep twee is uitgebreid nagedacht over de manier en het moment van in gesprek gaan. De respondenten gaven hier geen eenduidig moment voor, de experts hebben de voorkeur om dit onderwerp vroeg in de behandeling op een laagdrempelige te agenderen, zodat het makkelijker wordt om over het onderwerp te praten. Het ondertitelen van intenties en betrokkenheid laten zien is hierbij belangrijk.

5.6 Conclusie

Volgens de experts is het transparant zijn over eigen emoties en beleving helpend om empathie vorm te geven en het gesprek aan te gaan. Het vraagt werkervaring, moed, lef en vertrouwen in jezelf om transparant te kunnen zijn. Met het delen van eigen ervaring met ouderschap dient voorzichtig omgegaan te worden, omdat dit ook risico's met zich meebrengt.

Het krediet geven krijgt in beide focusgroepen heel beperkt in de aandacht van de experts. Dit is vergelijkbaar met de plek die krediet geven heeft in de gesprekken tussen cliënten en hulpverleners.

Het gesprek over ouderschap kan vroegtijdig in de behandeling getimed worden, zodat er later makkelijker op terug te komen is. De elementen verwachting en alomvattendheid kunnen volgens de experts helpen om vroegtijdig het gesprek over ouderschap aan te gaan.

Het met een alomvattende blik naar de cliënt kijken sluit aan bij de gerichtheid op de cliënt en zijn context bij AMBIT. De verwachting dat cliënten met kinderen de intentie hebben om goed voor hun kinderen te zorgen sluit aan bij de gerichtheid bij AMBIT op het onderzoeken van de

intenties van cliënten. Het is belangrijk voor de hulpverlener om de intenties uit te spreken en betrokkenheid te laten zien bij het aangaan van het gesprek. Gesignaleerd wordt dat onderwerp ouderschap langzaam iets meer plek in de behandeling bij AMBIT krijgt, maar het heeft nog geen vaste plek in behandeling.

Hoofdstuk 6: Conclusie

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag hoe meerzijdige partijdigheid een bijdrage kan leveren bij het in gesprek komen over ouderschap met ouders met een ernstige persoonlijkheidsstoornis in een op mentaliseren gerichte behandeling. Door middel van literatuurstudie, diepte-interviews en focusgroepen zijn de vier deelvragen beantwoord. Het antwoord op de hoofdvraag wordt hieronder gegeven in de conclusie.

Geconcludeerd kan worden dat meerzijdige partijdigheid kan helpen om meer in gesprek te komen over ouderschap. De hulpverleners bij AMBIT lijken in staat om door middel van het tonen van empathie vertrouwen op te bouwen, waardoor de cliënten over ouderschap durven spreken. De verwachting dat de ouder een goede ouder wil zijn en het met een alomvattende blik naar de cliënt kijken sluit aan bij de werkwijze van AMBIT. Beide elementen sluiten aan bij de op mentaliseren gerichte behandeling, maar kunnen nog concreter vorm krijgen en vaker benoemd worden. Daarnaast kan door middel van het bewust geven van krediet aan de ouder en het bewustworden van de timing van het aangaan van het gesprek, ouderschap een grotere plek krijgen. Op deze manier kan de al aanwezige motivatie en de intentie tot goed ouderschap ingezet worden voor de behandeling van de cliënt.

Meerzijdige partijdigheid in de literatuur

Er is vanuit eerder onderzoek weinig bekend over de werking van meerzijdige partijdigheid in individuele hulpverleningsgesprekken. Nagy beschrijft meerzijdige partijdigheid als een methodologische grondhouding van het contextuele denken. Meerzijdige partijdigheid bevat vijf elementen: empathie, krediet geven, verwachting, alomvattendheid en timing. Deze elementen overlappen elkaar gedeeltelijk. Bij zowel meerzijdige partijdigheid als mentaliseren wordt van de hulpverlener gevraagd dat hij op zijn eigen handelen reflecteert (Talloen, 1998; Bateman & Fonagy, 2007). De hulpverleners van AMBIT zijn gericht op het de gevoelens en spanning van zowel de cliënt als zichzelf. Dit is behulpzaam om in gesprek te komen over een gevoelig onderwerp als ouderschap.

De hulpverlener kan meerzijdig partijdig zijn zolang hij zicht heeft op zijn eigen geraaktheid. Ook de op mentaliseren gerichte hulpverlener onderzoekt zijn eigen geraaktheid om zijn mentaliseren te kunnen herstellen. De meerzijdig partijdige hulpverlener onderzoekt specifiek wat geraakt wordt in zijn eigen gezinssysteem. De ervaring en de mate van zelfreflectie van de hulpverlener is belangrijk voor in hoeverre de hulpverlener onder druk meerzijdig partijdig kan blijven.

Empathie

Het bespreken van het onderwerp ouderschap roept bij cliënten sterke negatieve emoties op en dit gaat samengaat met een hoge alertheid op de houding van de hulpverlener. De gerichtheid op het gevoel en het monitoren van de spanning (Bateman & Fonagy, 2007) is nodig helpend voor het aangaan van het gesprek over ouderschap.

Uit de analyse van de interviews met cliënten is gebleken dat de hulpverleners bij AMBIT open zijn over hun eigen beleving en eigen ervaring met betrekking tot ouderschap. Dit delen van eigen ervaring door de hulpverlener geeft de cliënt vertrouwen en helpt om in gesprek te komen. De experts geven aan hier voorzichtig mee te zijn en benadrukken dat dit delen altijd op de cliënt afgestemd moet worden, omdat hier ook risico's aan zitten. Het element empathie lijkt hiermee voldoende aandacht te krijgen in de behandeling.

Timing

Het ouderschap kan volgens experts eerder in de behandeling besproken worden. De cliënten zijn geneigd om het gesprek pas aan te gaan als er vertrouwen is. Als het ouderschap vroegtijdig in de behandeling wordt besproken omdat iets in het ouderschap ervoor zorgt dat het behandelproces stagneert, vergroot dit echter de motivatie voor de behandeling. Volgens de experts is het belangrijk dat de hulpverlener bij het vroegtijdig in gesprek gaan zijn betrokkenheid uitspreekt en ook de intentie van de ouder in het oog houdt.

Verwachting

De aanwezigheid van het kind zorgt voor motivatie om behandeling te volgen. Cliënten willen hun problemen niet doorgeven aan hun kinderen. Ook hebben cliënten behoefte om over ouderschap te praten, al is het heel verschillend op welk gebied die behoefte ligt. De hulpverleners kunnen meer gebruik maken van de aanwezige motivatie en behoefte door dit expliciet te bespreken en bijvoorbeeld in het behandelplan vast te leggen. Bij het vroegtijdig in gesprek gaan kan het helpen om deze motivatie en intentie tot goed ouderschap te benoemen.

Krediet geven

Uit de analyse van zowel de interviews als de focusgroepen blijkt dat het krediet geven aan de ouder zeer beperkt de aandacht krijgt. Eén cliënt heeft consequent krediet gekregen van haar hulpverlener in het gesprek over ouderschap. Het duurde lang voordat deze cliënt minder onzeker werd over haar rol als ouder. Dit element van meerzijdige partijdigheid is dus heel beperkt in de aandacht, terwijl het veel investering nodig heeft voordat de ouder zich zekerder over zijn of haar ouderschap voelt.

Alomvattendheid

Door de experts wordt vastgesteld dat ouderschap langzaam meer aandacht in het team krijgt. Het heeft echter nog geen vaste plek in behandeling. De hulpverlener dient vanaf het begin met een alomvattende blik naar de cliënt te kijken. Dit sluit aan bij de achtergrond van de kindcheck, namelijk het belang van het *“erkennen dat opvoederschap vaak een heel wezenlijk deel van het dagelijks leven van een cliënt vormt”* (Augeo, 2014, p.17). Dat wil zeggen dat de hulpverlener ten minste in gedachten bezig is met de cliënt en zijn context. De experts geven aan dat dit aansluit bij de gerichtheid op mentaliseren en het zoeken naar de intentie van de cliënt (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Uit de analyse van de interviews blijkt echter dat de aandacht voor ouderschap vooral vorm krijgt als het behandelproces stagneert door de zorg voor het kind.

Hoofdstuk 7: Discussie en aanbevelingen

7.1 Discussie

In dit onderzoek is een moeilijk toegankelijke doelgroep onderzocht, namelijk ouders met een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Het aanwezige wantrouwen (Knapen, 2017) maakt het voor externe onderzoekers heel lastig om respondenten te werven. Het is daarom een unieke inkijk naar de beleving van cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek over een gevoelig onderwerp als ouderschap. Het bleek ook, mogelijk om dezelfde reden, lastig respondenten uit meerdere teams te werven. De onderzoeker, werkzaam in het team dat de respondenten behandelt, heeft zes van de acht respondenten niet zelf behandeld. Daarnaast is er bewust gekozen voor een neutrale ruimte voor het afnemen van de interviews, wat de neutrale houding van zowel de onderzoeker als de respondenten vergroot heeft.

In de literatuurstudie viel op dat er weinig onderzoek gedaan naar de vijf elementen van meerzijdige partijdigheid zoals Nagy die beschrijft (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018). Deze elementen worden ook niet verder onderzocht door bijvoorbeeld Onderwaater (2018) en Van der Meiden (2019). Hierdoor heeft de theoretische afbakening van deze elementen tijdens de analyse van de data plaatsgevonden. De betrouwbaarheid van de verzamelde data had onder druk kunnen komen staan, aangezien de definities van de vijf elementen in de loop van het onderzoek sterk hadden kunnen veranderen. Er bleek echter wel saturatie op te treden bij afname van de interviews, wat erop wijst dat de data voldoende betrouwbaar is.

Er is een verschil waargenomen tussen de waarde die cliënten hechten aan het delen van eigen ervaring door de hulpverlener en de experts die dit nuanceren. Dit raakt aan een bredere discussie in de hulpverlening. Er bestaat namelijk geen standaard voor hoe zelfonthulling vorm kan krijgen (Van Meekeren, 2017). Het is voor veel hulpverleners dan ook de vraag wat over ze over zichzelf kunnen onthullen en op welke manier (Gibson, 2012).

In de memo's een verschil waargenomen tussen de focusgroep die online heeft plaatsgevonden en de focusgroep die fysiek plaats heeft gevonden. In de online focusgroep was er sprake van minder interactie. Uit de analyse is gebleken dit online gesprek minder diepgaande informatie bevat. Hierdoor zijn de resultaten van de twee focusgroepen in de analyse lastig te vergelijken. In de fysieke focusgroep zochten de deelnemers meer naar integratie van het contextuele denken in de op mentaliseren gerichte behandeling. Het is te veronderstellen dat de gelaagdheid van het contextuele denken beter tot zijn recht komt in een fysieke focusgroep. In de interviews is er geen duidelijk verschil waargenomen tussen de fysieke en online verzamelde data.

7.2 Externe validiteit

De externe validiteit van de conclusies van dit onderzoek is groot. Bij de interviews met cliënten was na het zesde interview sprake van saturatie. Het zevende en achtste interview hebben weinig nieuwe informatie opgeleverd. De onderzoeker heeft deze interviews dan ook gebruikt om de veronderstellingen te toetsen en aan te scherpen.

Door het voorleggen van de resultaten uit interviews aan een groep met experts uit verschillende disciplines, zijn de resultaten verder aangescherpt en genuanceerd. Hierdoor kunnen de uitkomsten gegeneraliseerd worden voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. De uitkomsten zijn mogelijk beperkt generaliseerbaar naar cliënten met andere psychiatrische problemen. Het aanwezige epistemisch wantrouwen bij cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek speelt bij cliënten met andere psychiatrische problematiek een kleinere rol. Hierdoor is de rol van empathie wellicht anders of kleiner. Het is te veronderstellen dat de

andere elementen van meerzijdige partijdigheid een vergelijkbare rol spelen bij andere doelgroepen

In dit onderzoek is ervoor gekozen om zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten te werven en respondenten te werven met persoonlijkheidsproblematiek als hoofddiagnose. Het onderzoek doet hierdoor uitspraken over een brede doelgroep, namelijk cliënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis.

7.3 Aanbevelingen voor de praktijk

De elementen van meerzijdige partijdigheid kunnen gebruikt worden om te onderzoeken op welke manier het gesprek over ouderschap in de verschillende teams van AMBIT op dit moment wordt gevoerd. De aanwezigheid van kinderen vormt immers voor een groot deel de motivatie om behandeling te volgen en er is behoefte om te praten over het ouderschap.

De elementen van meerzijdige partijdigheid geven ook een handvat over hoe dit gesprek aan te gaan. Dit kan helpen om op een positieve manier in gesprek te komen, waarbij bijvoorbeeld de intentie van de ouder gezien wordt en de ouder krediet krijgt voor wat hij of zij geeft aan het kind. Er kan dan ook nagedacht worden wat ervoor nodig is om dit meer toe te passen. Door hierover met de hulpverleners na te denken, kan er meer aandacht komen voor ouderschap en voor de behoefte van ouder en kind. De preventieve werking van therapie voor de volgende generatie wordt dan expliciet onderdeel van de behandeling. Dit past in het AMBITwiel onder 'scaffolding existing relationships' (Bevington, Fuggle, Cracknell & Fonagy, 2017).

Het is aan te bevelen om als AMBITteam in gesprek te gaan over de plek van zelfonthulling en de manier waarop dit gebeurt. Er is een verschil tussen de waarde die cliënten hieraan hechten en de voorzichtigheid die experts hierin betrachten. Dit verschil is een mooie aanleiding om in gesprek te gaan en hier ook in individuele contacten met cliënten het gesprek over aan te gaan.

7.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het is aan te bevelen vervolgonderzoek te doen naar de toepasbaarheid van meerzijdige partijdigheid in individuele gesprekken en hierbij de vijf elementen te onderzoeken. De abstracte elementen kunnen op die manier meer vorm krijgen als methodische handreiking van het contextuele denken. Door de vijf elementen in dit onderzoeken meer af te bakenen, kan er ook onderzocht worden hoe meerzijdige partijdigheid vorm krijgt in het handelen en de houding van hulpverleners. Dit kan waardevolle informatie opleveren om het contextuele denken te integreren in andere hulpverleningsmethodieken.

De uitkomsten van dit onderzoek kunnen in vervolgonderzoek getoetst worden bij andere doelgroepen binnen de GGZ. Dit kan zinvol zijn als het onderwerp ouderschap, en hoe hier op een contextuele manier over in gesprek te gaan, in de breedte van de organisatie onder de aandacht gebracht te brengen.

Literatuurlijst

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Augeo. (2014). *Impact van de psychische en verslavingsproblemen van ouders op de veiligheid van kinderen*. Opgeroepen op 13 juni 2021, van <https://www.augeo.nl/-/media/Files/Kindcheck/Augeo-achtergronden-bij-de-Kindcheck.ashx>.

Augeo. (2013). *Handleiding kindcheck voor GGZ en verslavingszorg*. Opgeroepen op 13 juni 2021, van <https://www.augeo.nl/-/media/Files/Kindcheck/Augeo-Handleiding-Kindcheck-voor-GGZ-en-verslavingszorg.ashx>

Baarda, D., Bakker, E., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., van der Velden, T., et al. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (4^e druk). Groningen: Noordhoff.

Bateman, A.W., Campbell, C., Luyten, P. & Fonagy, P.(2018). A Mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21: 44-49

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseren bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bevington, D., Fuggle, P., Cracknell, L. & Fonagy, P. (2017). *Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT)*. Oxford: Oxford University Press.

Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B.R. (2018). *Tussen geven en nemen: Over contextuele therapie* (7^e druk). Haarlem: de Toorts

Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G.M. (1984). *Invisible loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Brennan, K.A. & Shaver, P.R. (1998). Attachment Styles and Personality Disorders: Their connections to Each Other and to Parental Divorce, Parental Death and Perceptions of Parental Caregiving. *Journal of Personality*, 66 (5): 863-877.

Cassidy, T., Giles, M. & McLaughlin, M. (2014). Benefit finding and resilience in child caregivers. *British Journal of Health Psychology*, 19: 606-618.

Choi-Kain, L.W. & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: Ontogey, Assessment and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal for Psychiatry*, 165: 1127-1135.

Conklin, C.Z., Bradley, R. & Westen, D. (2006). Effect Regulation in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (2): 69-77.

Dassen, T., Keuning, F., Jansen, G., & Jansen, W. (2016). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties* (8^e druk). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarklin, J.F. & Levy, K.N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*: 67(3): 257-259.
- Dillen, A. (2004). *Ongehoord vertrouwen*. Apeldoorn: Garant.
- Ducommun-Nagy, C. (2008). *Van onzichtbare naar bevrijdende loyaliteit*. Leuven/Voorburg: Acco.
- Elliot, R.-L., Campbell, L., Hunter, M., Cooper, G., Melville, J., McCabe, K., et al. (2014). When I look into my baby's eyes... Infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder. *Infant mental health journal* , 35 (1), 21-32.
- Feldman, R.B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M. & Paris, J. (1995). A Comparison of the Families of Mothers With Borderline and Non Borderline Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36 (2): 157-163.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, F., Spitz, A., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction in many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine* , 14 (4), 245-258.
- Friese, S., (2019). *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti* (3e druk). Thousand Oaks CA: Sage.
- Gibson, M. (2012). Opening up: Therapist Self-Disclosure in Theory, Research and Practice. *Clinical Social Work Journal*, 40, 287-296.
- Granqvist, P., Sroufe, A. L., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., et al. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & human development* , 19 (6), 534-558.
- Grunebaum, J. (1987). Multidirected Partiality and “the Parental Imperative”. *Psychotherapy*, 24, 646–656.
- Hautamäki, A., Hautamäki, L., Neuvonen, L., & Maliniemi-Piispanen, S. (2010). Transmission of attachment across three generations: Continuity and reversal. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* , 15 (3), 347-554.
- Herpertz, S.C. (2003). Emotional processing in Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 5: 23-27
- Knapen, S. (2013). FACT voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen: Ervaringen met de combinatie met Mentalisation Based Treatment. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* , 68 (1), 20-28.
- Knapen, S. (2017). Samen beter: in afwezigheid van vertrouwen is er geen capaciteit tot verandering. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 43, 109-125.
- Kooijman, K., & Wattam, C. (1997). *Moving towards effective child maltreatment prevention strategies in Europe*. Lancashire, UK: University of Central Lancashire.

- Krasner, B.R. & Joyce, A.J. (1995). *Truth, trust and relationships. Healing interventions in contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel
- Le Goff, J.F. (2001). Boszormenyi-Nagy and Contextual Therapy: an overnieuw. *Australian & New Zealand journal of family therapy*, 22 (3), 147-157.
- Long, J.K. & Kort, D. (2016). *Multidirectional partiality*. In Weeks, J.R., Fife, S.T. & Peterson, C.M. (2016). *Techniques for the couple therapist. Essential interventions from the expert* (p. 73-76). New York: Routledge.
- Meulink-Korf, H. & van Rhijn, A. (2002). *De onvermoede derde*. Zoetermeer: Meinema.
- Meulink-Korf, H. (2013). *Opnieuw aangesproken. Doordenken op contextueel pastoraat*. (A. Melzer & K. Bregman, red.). Gorinchem: Narratio.
- Michielsens, M., Steenackers, M. & van Mulligen, W. (1998). Contextuele hulpverlening in de praktijk. In M. Michielsens, W. van Mulligen & L. Hermkens (red.) (1998), *Leren over leven in loyaliteit. Over contextuele benadering* (pp. 109-132). Leuven: Acco.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (4^e herziene druk). Leuven: Acco.
- Newman, L., & Stevenson, C. (2005). Parenting and Borderline Personality Disorder: Ghosts in the nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 385-394.
- Nieuwenbroek, A. (2014). *Twaalf contextuele methodieken*. Oirschot: Quirijn.
- Onderwaater, A. (2018). *De onverbreekelijke band* (10^e druk). Amsterdam: Pearson.
- Prinsen, H. (2010). *Help! Mijn kind heeft faalangst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Robson, C., & McCartan, K. (2016). *Real world research* (4e editie). Chichester: John Wiley & Sons inc.
- Savenije, A., Van Lawick, M.J. & Reijmers, E.T.M. (red.) (2019). *Handboek Systeemtherapie* (2e, herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom
- Solomon, J., & George, C. (2006). Intergenerational transmission of dysregulated maternal caregiving: Mothers describe their upbringing in childrearing. In Ofra Mayseless (Red.), *Representations: Theory, research, and clinical implications* (pp. 265-295). Cambridge : Cambridge University.
- Steenackers, M. & Lens, J. (1998). *Omgaan met emoties*. In M. Michielsens, W. van Mulligen & L. Hermkens (red.) (1998), *Leren over leven in loyaliteit. Over contextuele benadering* (pp. 109-132). Leuven: Acco.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded Theory Methodology: An overview. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285). Thousand Oakes CA: Sage.

Talloen, L. (1998). Zorg voor de context van de psychiatrisch patiënt is preventie. In M. Michielsen, W. van Mulligen & L. Hermkens (red.) (1998), *Leren over leven in loyaliteit. Over contextuele benadering* (pp. 109-132). Leuven: Acco.

Ulrich, D. (1983). Contextual Family and Marital Therapy. In B. B. Wolman & G. Stricker (red.), *Handbook of Family Therapy* (pp. 201-211). New York: Plenum

Van den Berg (2016). Mentaliseren, pseudomentaliseren en dismentaliseren. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 42: 104:120.

Van den Eerenbeemt, E. & van Heusden, A. (2011). *Balans in beweging* (12^e druk). Haarlem: De Toorts.

Van der Meiden, J. (2020). *Van contextuele theorie naar praktijk*. Bussum: Coutinho.

Van der Donk, C. & van Lanen, B. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Van Meekeren, E. (red.) (2017). *Zelfonthulling: Openheid van professionals in de GGZ*. Amsterdam: Boom.

Van Mulligen, W. (1998). *Het verbroken vertrouwen hersteld: Behandeling van seksueel misbruik*. In M. Michielsen, W. van Mulligen & L. Hermkens (red.) (1998), *Leren over leven in loyaliteit. Over contextuele benadering* (p. 217-234). Leuven: Acco.

Van Rhijn A. & Meulink-Korf, H. (1999). *Contextueel: dooddoener of eyeopener?* *Systeemtherapie*, II, 29-39.

Wester, F.P.J. (1984). De gefundeerde theorie-benadering: Een strategie voor kwalitatief onderzoek. Boxmeer: Heijnen.

Wester, F.P.J., & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse. Uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.

Bijlage 1: Definities kernlabels

Empathie: Inspanningen van de hulpverlener om zich in te leven in en te verbinden met het perspectief van de cliënt met betrekking tot ouderschap en het effect dat dit heeft op het contact tussen hulpverlener en cliënt.

Krediet geven: Het door de hulpverlener belichten of benoemen van positieve bijdragen van de cliënt in het ouderschap.

Verwachting: De gerichtheid van de hulpverlener op de motivatie en intentie van de cliënt om een goede ouder te willen zijn.

Alomvattendheid: Het belichten van het perspectief van anderen, met name het kind, in de gesprekken over ouderschap. Omvat ook het verwoorden van het belang van het kind dat de ouder zich in kan zetten voor behandeling.

Timing: Het moment in de behandeling waarop de hulpverlener het gesprek over ouderschap aangaat en het belang en perspectief van het kind onder de aandacht brengt.

Emoties bij praten over ouderschap: De emoties die in het gesprek over ouderschap met cliënten een rol spelen en die cliënten voelen in het gesprek over ouderschap.

Gerichtheid op gevoel: De invloed van dat de mentaliserende hulpverlener sterk gericht is op de emotie en spanning die het onderwerp ouderschap bij de cliënt oproept en minder op de inhoud van het gespreksonderwerp.

Openheid door hulpverlener: Openheid van de hulpverlener over zijn eigen beleving of gevoel. Omvat ook openheid over eigen voorbeeld met betrekking tot ouderschap.

Alertheid bij bespreken ouderschap: De aspecten waar de cliënt alert op is in de houding van de hulpverlener zodra het gesprek over ouderschap gaat.

Bijlage 2: Kernlabelschema's

Kernlabelschema interviews

Kernlabel	Sublabel	Tekstfragmenten
1. Empathie / openheid door hulpverlener	Openheid hulpverlener geeft erkenning	1;74 1;120-121 1;152-153 2;68 3;85-89 3;119 3;234 4;179 5;145-146 5;201-202 5;206-208 6;14 6;26-27 6;35-36 6;135-136 6;187-188 7;37-38 8;149-153
	Hulpverlener is menselijk	1;119 3;92-93 3;110 6;31-32
	Erkenning onzekerheid en angst helpend	1;74 3;175-176 4;76 4;94-95 5;31-32 6;195 7;93-94 7;107-108 7;239
	Geen openheid hulpverlener beperkt vertrouwen	1;67 1;125, 3;98-102; 4;231; 5;62-63 5;133-136 6;80-83 6;91
2. Krediet geven	Weinig positieve kant ouderschap belicht	7;218-219 8;165-170
	Positieve aspecten ouderschap belicht	4;21-23 6;53 6;75-76 6;117-128 6;142-143 6;159-162 8;165-170
	Ouder wordt gezien als mens	1;113-114 5;107 6;156-158 8;20
	Positieve ervaringen gesprek over ouderschap	2;32 3;85 3;177-178 5;152 7;162-162 7;167-168
3. Verwachting	Contact met kinderen vastgelegd in behandelplan	4;119-122 5;180-181
	Contact met kinderen niet vastgelegd in behandelplan	3;217-218 6;73-74 7;49-50
	Motivatatie om problemen niet door te geven	1;99 1;103 2;138 3;27 5;165 7;43-44 7;157
	Kind grote motivatie voor behandeling	1;95 1;109 2;80-81 3;27 3;29 4;25 5;46-47 5;165-169 6;62-63 7;52 8;41-43
	Behoeftte om over ouderschap te praten	1;28 1;72 1;231 2;70-74 3;14 3;22 3;45 3;188 3;222 4;9 4;211 5;9-10 5;13-14 5;31-32 6;10 6;91 7;17-18 7;21-22 7;59-62 7;194-195 7;232-239 7;249-252 8;23-24 8;29-32 8;74-75
4. Alomvattendheid	Hulpverlener belicht perspectief kind	2;101-110 5;154-156 6;83 6;169-170 7;124-125 7;272-275 8;182-183

	Risico's ontwikkeling kind besproken	1;105-107 1;197 2;131-136 4;55-56 4;62 7;67-68 7;281-282 8;173-176
	Risico's ontwikkeling kind niet besproken	3;58-59 5;129-130 6;149-150
	Behandeling in eerste instantie individueel gericht	1;212 3;56-57 3;212 6;18-22 8;126-129
5. Timing	In gesprek als er vertrouwen	1;154-157 1;163 3;149-150 5;25-26 6;17-18 7;194-195 8;23-24 8;54-55 8;115-116 8;205-208
	Hulpverlener problematiseert vertraging behandeling door zorg kind	1;184-187 5;27-30 5;44-45 6;64-67 7;83-94 7;286-287
	Behoeftte om in crisissituatie over kind te praten	7;224-225 7;242 7;245-248 7;260
	Geen behoefte om in begin over ouderschap te praten	1;21-24 2;139-140 7;53-56
6. Emoties bij het praten over ouderschap	Angst	1;34 4;231 6;16 6;22-24 6;151-154 7;9-10 7;28 7;200-201 8;109-111
	Irritatie	4;231 5;84-85 7;126-129
	Onzekerheid	4;13 4;58 4;233 6;13-14 6;39-40 6;43-46 7;9-12 7;30 7;144-145 7;206-209 7;212-213 8;229
	Schaamte	4;53 4;225-227
	Wantrouwen	1;82 3;111-114 4;87 4;103 4;245 4;253 5;118-121 6;115-116
7. Gerichtheid op gevoel	Helpend om niet over inhoud door te gaan	1;169 1;171-175 1;188-189 4;145-146 6;52-53 7;187-190 8;131-136
	Lastig om van inhoud weg te gaan	2;175-182 3;162-165 3;156-157
8. Alertheid		1;74 1;83-86 2;48-49 2;54-55 2;157-159 3;121-123 4;165 4;229 5;110-111 5;115 5;117 6;98-101 6;107-109 7;103-106 8;93

Kernlabelschema focusgroepen

Kernlabel	Sublabel	Tekstfragmenten
Empathie	Delen en transparant zijn	9;45-50 9;52-57 10;149-151
	Kenmerken hulpverlener voor aangaan gesprek	9;56-57 9;80 9;84 9;117 9;120-121 9;140 10;111-117 10;123 10;175-176 10;180 10;214-215 10;220
	Per cliënt verschilt benadering	10;78 10;106
	Relatie centraal in gesprek over ouderschap	9;115 10;75
	Twijfels over open zijn over eigen leven	9;40 9;42 10;158-160
Krediet geven	Ouder krediet geven	9;141 9;143-145 10;27 10;165-167
Verwachting	Onzekerheid ouders komt niet terug in behandeling	10;12
	Verandering beleving in ouderschap vraag investering	9;106 10;44
	Verwachting dat ouder goed voor kind wil zorgen	9;64-66 9;141 9;150 10;27 10;30-31 10;92-93
Alomvattendheid	Cliënt in zijn context als visie voor behandeling	9;79 10;27 10;85 10;87-88 10;193 10;195-197 10;210
	Invulling van alomvattendheid	9;31 9;143 9;34-38 10;41
Timing	Begin van de behandeling over ouderschap beginnen	9;92-96 10;56 10; 67-68 10;102 10;141
	Insteek gesprek over ouderschap	9;80 9;140-141 10;38 10;72 10;85 10;129-132
	Redenen dat ouderschap in begin geen onderwerp is	9;68 9;72-74 9;140 10;48 10;187-189 10;233 10;235
	Plek van ouderschap in het team	9;129 9;134-136 9;140 10;99

Bijlage 3: Informatiebrief respondentent

Informatie over deelname aan het onderzoek ‘In gesprek over ouderschap’

Deze brief ontvangt u omdat u in aanmerking komt voor deelname aan het onderzoek naar het gesprek over ouderschap. De brief bevat informatie over het doel van het onderzoek, de voor- en nadelen voor van deelname, de verwerking van de gegevens en de privacy. Daarna staat beschreven hoe u zich kunt aanmelden voor het onderzoek.

Doel onderzoek

Het onderzoek heeft als doel om de behandelaren van AMBIT meer inzicht te geven in hoe ze in gesprek kunnen gaan over ouderschap. Om hier meer inzicht in te krijgen worden cliënten van AMBIT in een diepte-interview gevraagd naar hun ervaringen met gesprekken over het contact met hun kinderen. De vragen gaan over wat voor u belemmerend en prettig is in zo’n gesprek. U helpt dus de behandelaren hier meer over in gesprek te komen.

Voor- en nadelen

Voor u als deelnemer zijn er geen directe nadelen bij deelname aan het onderzoek. De onderzoeksgegevens komen niet bij uw eigen hulpverlener terecht en worden anoniem verwerkt. Het onderzoek kost u ongeveer een uur, exclusief reistijd.

Er zijn ook geen directe voordelen aan het onderzoek verbonden. U helpt echter wel toekomstige cliënten van AMBIT doordat er binnen de behandeling meer aandacht voor hun relatie met hun kind is.

Praktische informatie

- Het interview duurt 45 tot 60 minuten en wordt afgenomen door Lennert de Heer
- Het interview vindt plaats op een locatie van Altrecht. Indien dat niet mogelijk is kan er uiteraard overlegd worden of het interview op een andere plek of andere wijze plaats kan vinden.
- De deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. U kunt zich ten allen tijde terugtrekken uit het onderzoek. De tot dan toe verzamelde gegevens worden gebruikt voor het onderzoek.
- Voor vragen kunt u, ook na het afnemen van het interview en na afronding van het onderzoek, contact opnemen via l.de.heer@altrecht.nl of 06-22019095.

Verwerking gegevens

- De gegevens worden anoniem verwerkt, het gesprek wordt woordelijk uitgetypt.
- Lennert de Heer, de onderzoeker, en Gieke Free, verpleegkundig specialist bij AMBIT PS Zeist hebben volledige toegang tot de onderzoeksgegevens

Privacy

- Het contact met u is mogelijk via uw casemanager van AMBIT tot stand gekomen. Hij of zij weet van het onderzoek, maar kan uw onderzoeksgegevens niet inzien.
- Het gesprek wordt op audio opgenomen om het gesprek te kunnen uitwerken. De gegevens worden anoniem verwerkt en zijn op geen enkele manier tot u als persoon ter herleiden. De audio-opname wordt beveiligd opgeslagen en binnen 6 maanden vernietigd. De woordelijke geanonimiseerde uitwerking van het gesprek wordt tot tien jaar na afname bewaard.

Voor verdere informatie over uw rechten met betrekking tot privacy kunt u terecht op:

- www.altrecht.nl onder 'Privacy: algemene informatie' en 'Privacystatement als u in behandeling bent (geweest)' +
- De website van de Autoriteit Persoonsgegevens: www.autoriteitpersoonsgegevens.nl.
- De functionaris gegevensbescherming van Altrecht: a.middag@altrecht.nl.

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Lennert de Heer, casemanager van Altrecht AMBIT in Zeist. Het onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de master Contextuele Benadering aan het Instituut Contextuele benadering te Ede. Voor meer informatie, zie: www.icbnederland.nl

Deelname

Als u twijfelt over deelname kunt u dit overleggen met uw casemanager of uw naasten. Ook kunt u via onderstaand emailadres de onderzoeker benaderen voor vragen over het onderzoek. Als u interesse heeft om deel te nemen aan het, kunt u dit aangeven aan de onderzoeker, Lennert de Heer, via het emailadres l.de.heer@altrecht.nl.



Instituut
Contextuele
Benadering

Bijlage 4: Informed consent



Instituut
Contextuele
Benadering

Toestemmingsformulier deelname aan het onderzoek 'In gesprek over ouderschap'

- Ik verklaar hierbij dat ik de informatiebrief die bij dit onderzoek hoort, heb gelezen.
- Ik was in de gelegenheid om vragen te stellen en eventuele vragen zijn voldoende beantwoord.
- Ik verklaar dat ik genoeg tijd had om te beslissen of ik mee wil doen aan het onderzoek.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is.
- Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik geef toestemming voor het maken van een geluidsopname. Deze opname wordt binnen de beveiligde omgeving van Altrecht opgeslagen en binnen 6 maanden vernietigd.
- Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens tot 10 jaar na het onderzoek te bewaren.
- Ik weet dat sommige mensen toegang tot de onderzoeksgegevens kunnen krijgen. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief.
- Ik geef toestemming voor inzage door deze personen.
- Ik verklaar dat ik wil meedoen aan het onderzoek.

Naam:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Als onderzoeker verklaar ik deze persoon volledig te hebben geïnformeerd over het onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de respondent zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

De deelnemer krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een getekende versie van het toestemmingsformulier.

Bijlage 5: Interviewleidraad

Welke elementen van MZP en mentaliseren spelen een rol in de ervaringen die ouders hebben in de gesprekken over ouderschap?

Introductie:

- Welkom, koffie en thee aanbieden
- Doel onderzoek: beter in gesprek komen over ouderschap. Heb veel aan positieve en negatieve ervaring en voorbeelden hoe hulpverlener wel en niet kan doen.
- Check: Informed consent al aanwezig?
- CHE Ede
- Uitleggen opnemen audio, data wordt anoniem verwerkt
- 45 minuten tot 60 minuten
- Aanspreken met u of je?

Openingsvragen:

- Geslacht
- Leeftijd
- In behandeling bij team AMBIT:
- Aantal kinderen, geslacht en leeftijd
- Waar verblijven kinderen in een week:
- Is er, naast Altrecht AMBIT nog andere hulpverlening bij jou of je kind betrokken?

Topic	Vraag	Doorvragen
Inleidingsvragen Onderwerp gesprek	Hoe is het voor jou om met je hulpverlener over het contact met je kind te praten?	Heb je er behoefte aan? En waaraan heb je dan behoefte? Indien lastig: Wat maakt het tot een lastig onderwerp?
	Welke rol speelt je kind in je motivatie om behandeling te volgen?	Hoe zou de hulpverlener je kunnen helpen je motivatie in te zetten voor jouw behandeling?
Transitievraag Sleutelvragen: Topic: timing (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 348)	Hoe is je ervaring met gesprekken over je kind?	• Hoe is je ervaring in huidige behandeling, vorige behandeling, consultatiebureau, verloskundige? • Als er geen ervaring is: hoe is dit voor je? Heb je ideeën hoe het komt dat dit onderwerp niet wordt besproken? • Als er ervaring is: hoe voelde je je gedurende dit gesprek? Wat beïnvloedde dit gevoel? • Wat merkte u hoe de hulpverlener dit onderwerp met u besprak? Wat was daarin helpend/ niet helpend in hoe de hulpverlener zich opstelde? • Heb je ook positieve/negatieve ervaringen?
	Op welk moment in de behandeling is het volgens jou passend om in gesprek te gaan over jou & je kind?	• Wat is er belangrijk aan dit moment? Waar kan een hulpverlener op welk moment wel en niet over in gesprek?

Topic: verwachting (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 348)	Wat is je behoefte in het gesprek over jouw contact met je kind? En is dat uitgesproken?	• Is die behoefte (of behoefte om hier niet over te praten) uitgesproken en deelt je hulpverlener dat? • Op welke manier zou je het gesprek over contact met je kind een plek willen geven in de behandeling?
Houding hulpverlener Topic: gericht op gevoel (Bateman & Fonagy, 2007) Topic: timing (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 348)	Hoe is het voor je als een hulpverlener in het gesprek met jou & je kind stilstaat bij je emoties/spanning?	• Hoe is het voor je als er dan niet doorgepraat wordt over het inhoudelijke onderwerp? • Hoe reageer je op dit stilstaan bij jouw emoties? Heb je daar een voorbeeld van? • Wat zorgt / zorgde er bij jou voor dat de spanning op dit onderwerp oploopt?
Topic: empathie(Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 348) Topic: krediet geven (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 348)	Wat merkte en voelde je in de houding van de hulpverlener op?	• Hoe denkt u dat de hulpverlener het vond om hier met u over in gesprek te gaan? Wat merkte u hieraan? • Hoe is het als de hulpverlener erkenning geeft voor moeite met ouderschap? • Welke erkenning met betrekking tot je ouderschap heb je behoefte aan? • Merk je dat de hulpverlener empathie/zich kan inleven met de dingen in contact met je kind kan opbrengen? • Welk effect had dit op je gevoelens? • En welk effect had dit op hoe je in het gesprek zat? En op het contact in het gesprek?
Topic: alomvattendheid (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 2018, p. 348)	Hoe is het als de hulpverlener risico's voor de ontwikkeling van je kind met je bespreekt? (vervolgvraag bedenken	• Wat voor effect heeft dat op het gesprek? En op je motivatie? • Hoe is het als de hulpverlener mensen uit je eigen omgeving zou willen betrekken bij het gesprek over het contact met je kinderen? En voor welke onderwerpen wel en niet? • Hoe praten mensen in je omgeving met je over jouw contact met je kind? • Hoe is het voor je als de hulpverlener het perspectief van mensen in je omgeving belicht, bijvoorbeeld met vragen als: hoe denkt je partner hierover, hoe zou je moeder hierover denken, hoe zou je kind dit zien?

Besluitende vragen:	Wat zorgt voor spanning in het gesprek over jou en je kind?	(interviewer geeft terug welke elementen respondent heeft genoemd en checkt op volledigheid)
	Wat kan een hulpverlener beter wel en beter niet doen in houding en gedrag?	(interviewer checkt of er nog nieuwe onderwerpen boven komen)

- Heb je interesse in inzage in het uitgeschreven interview?
- Bedankt (tony chocolonely)

De termen inleidende vragen, transitievragen, sleutelvragen en besluitende vragen zijn beschreven door Mortelmans (2013, p. 240).