

Mentaliseren en geestelijke verzorging

Mentalization Based Treatment als onderbouwing voor geestelijke verzorging

Master these Geestelijke Verzorging

Rijksuniversiteit Groningen

Eerste begeleider: dr. J.K. (Hanneke) Muthert

Tweede begeleider: dr. M. J. (Margot) Verschuur

Student: Thijs Hoogeveen, s1438301

Groningen, september 2015

Samenvatting

Door secularisatie en door steeds meer *evidence-based* werken in de zorg is de rol van geestelijke verzorging in zorginstellingen in Nederland in de laatste decennia onder druk komen te staan. Dit maakt het van belang dat het werk dat de ‘moderne’ geestelijk verzorger doet onderbouwd kan worden. In deze scriptie is onderzocht in hoeverre wat de geestelijk verzorger doet gelijkenissen vertoont met de door Allen, Bateman en Fonagy ontwikkelde *Mentalization Based Treatment* (MBT) en in hoeverre (de theorie van) MBT bij kan dragen aan een onderbouwing van het handelen en kunnen van de geestelijk verzorger. Het onderzoek bestaat uit een theoretisch deel en een empirisch deel. In het theoretisch deel is de theorie van MBT vergeleken met een algemene beschrijving van geestelijke verzorging aan de hand van de beroepscode van de VGVZ en met een aantal vigerende methoden van geestelijke verzorging: de hermeneutische benadering, de narratieve benadering en de presentiebenadering, aangevuld met een vergelijking met de objectrelatietheorie volgens Ogden. In het empirisch deel is onderzocht in hoeverre de geestelijk verzorger in de praktijk gebruik maakt (van aspecten) van MBT, aan de hand van een analyse van 25 verslagen van contacten tussen geestelijk verzorgers en patiënten. Uit het theoretisch deel komt naar voren dat geestelijk verzorgers in een bepaalde mate gebruik lijken te maken van een mentaliserende houding (de essentie van MBT). De theorie rond het aannemen en handhaven van een mentaliserende houding lijkt hiermee bij te kunnen dragen aan een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. Het verblijven in een mentaliserende modus door de geestelijk verzorger blijkt niet vanzelfsprekend, maar wel noodzakelijk wil de ander tot mentaliseren en betekenisgeving kunnen komen. De geestelijk verzorger kan aspecten van een mentaliserende houding daarom mogelijk ook als methodiek gebruiken, waarbij reflectie op het eigen mentaliserend vermogen van belang is. Uit het theoretisch deel komt tevens naar voren dat geestelijk verzorgers vermoedelijk ook gebruik maken van het (binnen MBT essentiële) proces van affectspiegeling. Dit geeft mogelijk een belangrijk theoretisch kader voor wat er gebeurt in de interactie tussen geestelijk verzorgers en patiënten en daarmee een onderbouwing voor het handelen en kunnen van de geestelijk verzorger. De resultaten van het empirisch deel geven een indicatie dat geestelijk verzorgers inderdaad gebruik maken van aspecten van een mentaliserende houding en dat patiënten in de interactie (in een bepaalde mate) tot mentaliseren komen. Hiermee wordt bevestigd dat de theorie rond het aannemen en handhaven van een mentaliserende houding lijkt bij te kunnen dragen aan een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. Het wezenlijke spiegelingsproces blijkt (evenals een aantal andere aspecten van een mentaliserende houding) echter moeilijk in de casuïstiek waarneembaar. Dit komt doordat in de casuïstiek de interactie vaak niet volledig letterlijk is weergegeven en doordat een groot deel van deze spiegelingen niet expliciet maar impliciet (non-verbaal) plaatsvindt. Aangezien dit spiegelingsproces mogelijk een belangrijk theoretisch kader kan bieden voor wat er gebeurt in de interactie, wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek videoanalyses uit te voeren van gesprekken tussen geestelijk verzorgers en patiënten. Zo kan getoetst worden in hoeverre de wezenlijke spiegelingsprocessen (en andere aspecten van MBT) plaatsvinden.

Inhoudsopgave

1. Inleiding en onderzoeksopzet.....	7
1.1 Inleiding en opzet van het onderzoek	7
2. Mentaliseren.....	10
2.1 Vermogen tot mentaliseren	10
2.1.1 Het concept mentaliseren	10
2.1.2 Aspecten van mentaliseren	11
2.1.3 Mentaliseren van emotie	13
2.2 Ontwikkeling van het mentaliserend vermogen	14
2.2.1 Gehechtheidstheorie	14
2.2.2 Ontwikkeling van het mentaliserend vermogen in de hechtingsrelatie	15
2.3 Conclusies	17
3. Mentalization Based Treatment.....	18
3.1 Inleiding in MBT	18
3.2 Spiegelende interactie	19
3.3 Mentaliserende houding	20
3.3.1 Mentaliseren is een kunst	20
3.3.2 Mentaliserende en niet-wetende houding	21
3.4 Interventies	23
3.5 Gerichtheid van MBT in de klinische praktijk.....	25
3.6 Conclusies	26
4. Geestelijke verzorging	28
4.1 Algemene beschrijving van geestelijke verzorging	28
4.1.1 Zingeving en betekenisgeving	28
4.1.2 Het zingevingsproces in zorginstellingen.....	29
4.1.3 Gerichtheid en gebruik van de levensbeschouwing.....	30
4.1.4 Methoden van geestelijke verzorging	32
4.2 Hermeneutische benadering	33
4.3 Narratieve benadering	34
4.4 Presentiebenadering	35
4.5 Ogden en betekenisgeving	36
4.6 Conclusies	37
5. Geestelijke verzorging en MBT	40
5.1 Geestelijke verzorging en Mentalization Based Treatment	40
5.2 Verschillende benaderingen en MBT	43
5.2.1 Hermeneutische benadering en MBT.....	43
5.2.2 Narratieve benadering en MBT	44
5.2.3 Presentiebenadering en MBT	45
5.2.4 Objectrelatietheorie van Ogden en MBT	46
5.3 Casusbeschrijving	49
5.4 Conclusies	51

6. Geestelijke verzorging en MBT in de praktijk.....	54
6.1 Analyse van casuïstiek.....	54
6.1.1 Aanpak van de analyse.....	54
6.1.2 Resultaten van de analyse.....	55
6.1.3 Beperkingen van de analyse	58
6.2 Uitgebreide analyse van een casus	60
6.3 Conclusies	64
7. Conclusies en aanbevelingen	66

1. Inleiding en onderzoeksopzet

In deze scriptie is onderzocht in hoeverre geestelijk verzorgers gebruik maken van elementen uit *Mentalization Based Treatment* (MBT) en in hoeverre (de theorie van) MBT daarmee als onderbouwing kan dienen voor het handelen en kunnen van de geestelijk verzorger. Dit eerste hoofdstuk begint met een korte inleiding in het onderwerp en omvat tevens de onderzoeksopzet van het onderzoek.

1.1 Inleiding en opzet van het onderzoek

‘Fijn dat er echt iemand naar me luistert’ zegt een patiënt aan het einde van het gesprek tegen de geestelijk verzorger. ‘Echt luisteren’, is dat wat de geestelijk verzorger doet? En wat gebeurt er dan? Vanuit op kosten gestuurde zorginstellingen, in een medisch en psychologisch discours van meetbaarheid en maakbaarheid, kan de vraag naar voren komen wat dit ‘luisteren’ van de geestelijk verzorger precies toevoegt. Deze vraag naar wat de geestelijke verzorging toevoegt staat niet op zichzelf. De rol van geestelijke verzorging in zorginstellingen in Nederland is in de laatste decennia onder druk komen te staan. Enerzijds door het opkomen van het steeds meer *evidence-based* werken in de zorg, terwijl existentiële vragen moeilijk omgevormd kunnen worden tot technisch oplosbare problemen. Anderzijds door secularisatie: de geestelijk verzorger vindt zijn legitimiteit en identiteit niet langer vanzelfsprekend binnen een levensbeschouwelijk kader.¹ Beide ontwikkelingen vragen om een onderbouwing van het werk dat de ‘moderne’ geestelijk verzorger doet. Deze onderbouwing is echter niet vanzelfsprekend. Naar aanleiding van een congres van geestelijk verzorgers geeft (geestelijk verzorger) Körver aan dat geestelijk verzorgers eigenlijk niet zo veel weten over wat ze feitelijk doen of dit in ieder geval moeilijk onder woorden kunnen brengen. Veelal gaven geestelijk verzorgers op dit congres aan dat ze aan de relatie met de cliënt hadden gewerkt, in één woord: aanwezigheid, presentie.² Maar wat gebeurt daar dan precies?

Een mogelijke onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet kan wellicht ten dele gevonden worden in *Mentalization Based Treatment* (MBT). Allen, Fonagy en Bateman, de ontwikkelaars van MBT, stellen dat de ‘mentaliserende houding’ van de therapeut het fundament is voor de effectiviteit van elke therapie, ongeacht de theoretische oriëntatie van de therapeut. MBT betreft de eerste *evidence-based* techniek voor de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis en de methodiek wordt reeds gebruikt binnen de GGZ en in psychotherapie, waarbij mensen leren mentaliseren en reflecteren. Het vermogen tot mentaliseren, maakt het mogelijk dat patiënten representaties kunnen vormen van mentale toestanden, zodat een samenhangend emotioneel betekenisvol verhaal kan worden gevormd.³ Daarmee lijkt het vermogen tot mentaliseren van belang voor het vermogen om betekenis (en daarmee zin) te kunnen geven of vinden. Daar komt bij dat een ‘mentaliserende houding’ bij uitstek lijkt te passen bij een niet-oplossingsgerichte benadering die vaak door geestelijke verzorgers wordt gehanteerd. Kenmerkend voor een mentaliserende houding is een onderzoekende, nieuwsgierige, open, - en zelfs speelse - belangstelling voor wat er om gaat in de ander, waarbij spiegelende interacties ervoor kunnen zorgen dat de patiënt zich gekend weet in de eigen gemoedstoestanden en dat er betekenisgeving kan ontstaan, die de patiënt kan helpen om zich te verhouden tot de betreffende situatie. De vraag is in hoeverre dit verschilt van wat een geestelijk verzorger doet als hij ‘luistert’. Ondanks dat er mogelijk belangrijke verschillen zijn in context (MBT komt uit een psychologisch discours), lijkt het er op dat geestelijk verzorgers reeds gebruik maken van elementen uit MBT en dat MBT

¹ Mooren, J.H.M., *Geestelijke verzorging en psychotherapie* (Utrecht 2008) 8.

² Körver, s., ‘Meer dan aanwezig zijn!’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 18 (2015) 47.

³ Allen, J.G., Fonagy, P, Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

mogelijk een (gedeeltelijke) onderbouwing kan bieden voor wat de geestelijk verzorger al doet. Momenteel is er echter onvoldoende inzicht in hoeverre geestelijke verzorging (al dan niet bewust) gebruik maakt van elementen uit MBT en in hoeverre MBT (en de theorievorming die daaraan ten grondslag ligt) daarmee als onderbouwing kan dienen voor wat de geestelijk verzorger doet. Dit leidt tot de hoofdvraag van dit onderzoek:

In hoeverre kan *Mentalization Based Treatment* bijdragen aan een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet?

Teneinde de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is deze opgedeeld in de volgende deelvragen:

1.a Wat is mentaliseren?

1.b Hoe komt dit vermogen tot ontwikkeling?

2. Wat is *Mentalization Based Treatment* en uit welke interventies bestaat deze?

3. Wat doet een geestelijk verzorger?

4. In hoeverre maken geestelijk verzorgers gebruik van *Mentalization Based Treatment*?

Het doel van het onderzoek is om te komen tot meer inzicht en kennis over in hoeverre geestelijke verzorging gebruik maakt van elementen uit MBT en in hoeverre (de theorie van) MBT daarmee als onderbouwing kan dienen voor het handelen en kunnen van de geestelijk verzorger. Tegelijkertijd kan het duidelijk maken van welke aspecten van MBT geestelijk verzorgers gebruik kunnen maken. Het gaat dan om inzicht in de toepasbaarheid van MBT als methode voor geestelijke verzorging. De beoogde kennis heeft dus een praktische relevantie. Het onderzoek bestaat voor een groot deel uit literatuuronderzoek, maar omvat ook een empirisch deel, dat kwalitatief explorerend van aard is. Het resultaat geeft mogelijk een aanzet voor vervolgonderzoek.

Het onderzoek is afgebakend tot een onderzoek naar de gespreksvoering van geestelijk verzorgers met patiënten en richt zich dus niet op wat er gebeurt in groepswork, specifieke rituelen, vieringen of andere activiteiten. Afhankelijk van de context waarin geestelijk verzorgers werken, wordt de gesprekspartner met een verschillende terminologie aangeduid (bijvoorbeeld patiënt, cliënt of bewoner). Ten behoeve van de eenduidigheid is er voor gekozen om in deze scriptie te spreken van patiënten.

In de volgende hoofdstukken worden de hierboven gestelde deelvragen beantwoord, teneinde een antwoord op de hoofdvraag te kunnen geven. Het beantwoorden van deelvraag één (wat is mentaliseren en hoe komt dit vermogen tot ontwikkeling?) vindt plaats in hoofdstuk twee middels literatuuronderzoek. Het resultaat van dit hoofdstuk is een theoretisch kader dat inzicht geeft in wat mentaliseren is en hoe dit vermogen tot ontwikkeling komt. Dit lijkt van wezenlijk belang voor het begrip van de manier waarop mentaliseren bij mensen op latere leeftijd kan worden gestimuleerd. In hoofdstuk drie wordt hier verder op ingegaan en wordt uiteengezet wat *Mentalization Based Treatment* inhoudt en uit welke interventies deze bestaat. Hiermee wordt deelvraag twee beantwoord. Vanwege de tijdsperiode van het onderzoek wordt deze literatuurstudie beperkt tot hoe de grondleggers van MBT (Allen, Bateman en Fonagy) *Mentalization Based Treatment* in hun vakboeken omschrijven. Het beantwoorden van deelvraag drie vindt plaats in hoofdstuk vier en geeft inzicht in wat de geestelijk verzorger doet. Deze literatuurstudie is, vanwege de tijdsperiode van het onderzoek, afgebakend tot een studie van geestelijke verzorging aan de hand van de beroepscode, aangevuld met een studie van een aantal vigerende methoden: hermeneutische benadering,

narratieve benadering, presentiebenadering, en (een deel van) de objectrelatie theorie volgens Ogden. De keuze voor de eerste twee methoden wordt gemotiveerd doordat een combinatie van de hermeneutische en narratieve benadering momenteel als dominant wordt gezien in het pastoraat.⁴ Voor de presentiebenadering is gekozen omdat geestelijk verzorgers vaak aangeven vanuit presentie te werken (zie de eerdere opmerking van Körver⁵) en omdat present zijn als doel van de geestelijke verzorging in de beroepscode is gedefinieerd. De objectrelatie theorie van Ogden is geen methode van geestelijke verzorging, maar een theorie vanuit een godsdienstpsychologische en psychodynamische invalshoek. Deze theorie is echter interessant omdat deze inzicht kan geven in de ontwikkeling van het vermogen tot betekenisgeving in de interactie die plaats vindt tussen geestelijk verzorgers en patiënten. Het resultaat van dit hoofdstuk is inzicht in wat de geestelijk verzorger doet. Het beantwoorden van deelvraag vier vindt plaats in hoofdstuk vijf en hoofdstuk zes. In hoofdstuk vijf worden de theorie en modellen van geestelijke verzorging uit hoofdstuk vier vergeleken met het concept mentaliseren en *Mentalization Based Treatment*, zoals beschreven in hoofdstuk twee en drie. Dit hoofdstuk geeft inzicht in hoeverre de geestelijk verzorger gebruik maakt van *Mentalization Based Treatment* en in hoeverre MBT daarmee een onderbouwing kan bieden voor wat de geestelijk verzorger doet. Tevens worden handreikingen gedaan voor vervolgonderzoek. Hoofdstuk zes omvat het empirisch deel van het onderzoek, waarin getoetst wordt in hoeverre MBT terug te vinden is in casuïstiek die eigen is voor het vak geestelijke verzorging. Het gaat om een analyse van gesprekken van geestelijk verzorgers met patiënten, aan de hand van de beschreven theorie in hoofdstuk twee en drie. De aanpak en beperkingen van dit onderzoeksdeel zijn beschreven in hoofdstuk zes. Het hoofdstuk geeft inzicht in hoeverre de geestelijk verzorger gebruik maakt van MBT en in hoeverre MBT daarmee een onderbouwing kan bieden voor wat de geestelijk verzorger doet. Tevens worden handreikingen gedaan voor vervolgonderzoek. Dit alles leidt tot inzicht in hoeverre (de theorie van) MBT kan bijdragen aan een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet en daarmee tot een beantwoording van de hoofdvraag in het concluderende hoofdstuk.

⁴ Zock, H., *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief* (Tilburg 2007) 26.

⁵ Körver, s., 'Meer dan aanwezig zijn!', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 18 (2015) 47.

2. Mentaliseren

In dit hoofdstuk wordt allereerst nader ingegaan op wat mentaliseren is (zie paragraaf 2.1) en vervolgens op hoe dit vermogen in de vroege jeugd tot ontwikkeling komt (paragraaf 2.2). Het hoofdstuk geeft een theoretisch kader over wat mentaliseren is en daarmee inzicht in de gebruikte begrippen en processen binnen *Mentalization Based Treatment*. Tevens geeft het inzicht in hoe het vermogen tot mentaliseren tot ontwikkeling komt. Dit is van wezenlijk belang voor de manier waarop mentaliseren bij mensen binnen *Mentalization Based Treatment* wordt gestimuleerd, hersteld of ontwikkeld. Tot slot volgen de conclusies van dit hoofdstuk in paragraaf 2.3.

2.1 Vermogen tot mentaliseren

Teneinde inzicht te krijgen in wat mentaliseren is, wordt in deze paragraaf eerst het concept mentaliseren geïntroduceerd (paragraaf 2.1.1). Vervolgens worden een aantal basisaspecten van mentaliseren verder uiteengezet (paragraaf 2.1.2), die binnen MBT een rol spelen. Tot slot wordt specifiek ingegaan op het mentaliseren van emoties (paragraaf 2.1.3), wat als een belangrijke activiteit van MBT wordt gezien.

2.1.1 Het concept mentaliseren

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op het concept mentaliseren. Mentaliseren betreft een menselijk vermogen dat in de vroege gehechtheidsrelaties tot ontwikkeling komt. Dit menselijk vermogen hangt nauw samen met betekenisgeving aan innerlijke toestanden in onszelf of in anderen en aan de wereld om ons heen (in plaats van dat de dingen zijn wat ze zijn) en is cruciaal bij het aangaan van constructieve en intieme relaties. In het contact met anderen worden gedragingen geïnterpreteerd als gebaseerd op innerlijke (ofwel ‘mentale’) toestanden, zoals verlangens, gevoelens, gedachten en overtuigingen. Een eventuele reactie in ons gedrag vindt vervolgens plaats op basis van deze interpretatie (bijvoorbeeld iemand troosten). Mentaliseren betekent dus dat je beseft wat er omgaat in je eigen psyche of de psyche van iemand anders, zoals bijvoorbeeld bij het doorzien van misverstanden het geval is. Bateman en Fonagy spreken daarom ook wel van *holding mind in mind*.⁶ In mentaliseren gaat het dus om het begrijpen van onszelf en elkaar, waarbij er representaties gevormd worden van mentale toestanden. Het betreft het vermogen tot symbolisering, dat de verwijzing naar innerlijke toestanden in onszelf en anderen mogelijk maakt. Allen et al. definiëren mentaliseren dan ook als: ‘het met verbeeldingskracht waarnemen of interpreteren van gedrag voor zover dat samenhangt met intentionele mentale toestanden’.⁷ Het is vaak een niet-bewust proces dat mensen in staat stelt de uitingen van zichzelf en anderen te ervaren als gemotiveerd door mentale toestanden: gedachten, emoties, intenties en overtuigingen.⁸ Het betreft het vermogen om te reflecteren op onszelf en anderen; onszelf ‘van buitenaf’ te zien en anderen ‘van binnen’.

Volgens Allen et al. is mentaliseren het menselijk vermogen bij uitstek en is het de mens van nature eigen.⁹ In principe ontwikkelen we allemaal dit vermogen in een bepaalde mate, behoudens mensen met bepaalde erfelijke aandoeningen. Desondanks geven Bateman

⁶ Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011) 334.

⁷ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁸ Kate, C. ten, Muller, N., ‘Mentaliseren leren om te kunnen rouwen’, *Tijdschrift voor Psychotherapie* 33 (2007) 206-214.

⁹ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

en Fonagy aan dat het een complex begrip is en dat het niet altijd gemakkelijk is om het uit te voeren.¹⁰ Zo kan een persoon beter in staat zijn te mentaliseren aangaande andere mensen dan aangaande zichzelf – of omgekeerd. Of is een persoon in sommige gevoelens beter in staat te mentaliseren dan bij andere, of in sommige relaties beter dan in andere. Met name als we ons bedreigd voelen of als er sprake is van een intense emotionele arousal, kan ons vermogen om te mentaliseren belemmerd worden. Ironisch genoeg mentaliseren we dan het minst op de momenten dat we het het hardste nodig hebben. Indien het mentaliserend vermogen minder aanwezig (of ontwikkeld) is, is er weinig onderscheid tussen de externe en interne realiteit, en tussen de eigen psyche en die van de ander. Het vermogen om representaties van de mentale toestanden te vormen (en betekenis te kunnen geven) neemt dan af. Mentaliseren is dan ook niet alleen van belang bij het tot stand brengen van gezonde interpersoonlijke relaties (en bij de ontwikkeling en instandhouding van veilige gehechtheidsrelaties), maar ook essentieel voor zelfregulatie middels het omgaan met sterke emoties. In paragraaf 2.1.3 wordt verder ingegaan op het mentaliseren van emoties. Voordat daartoe wordt gekomen worden in paragraaf 2.1.2 eerst nog een aantal basisaspecten van mentaliseren uiteengezet.

2.1.2 Aspecten van mentaliseren

De complexiteit van mentaliseren zit in de vele mogelijke mentale toestanden (behoeften, verlangens, gedachten, gevoelens, fantasieën, dromen, maar ook pathologische processen als paniekaanvallen, dissociatie, hallucinatie en wanen)¹¹ in combinatie met verschillende aspecten die bij het mentaliseren een rol spelen. In deze paragraaf worden daarom een aantal basisaspecten van mentaliseren uiteengezet, die binnen *Mentalization Based Treatment* een rol spelen: niveau van de representatie (impliciet en expliciet mentaliseren), object (zelf versus anderen), tijds kader, bereik en aandacht.

In het mentaliseren wordt onderscheid gemaakt tussen expliciet en impliciet mentaliseren. Expliciet mentaliseren is betrekkelijk bewust, weloverwogen en reflectief, bijvoorbeeld bij het onder woorden brengen van gevoelens. Zo is het maken van een schilderij of het componeren van een lied als uiting van een mentale toestand ook een vorm van expliciet mentaliseren.¹² Volgens Allen et al. is taal echter het medium bij uitstek voor expliciet mentaliseren en is mentaliseren dan veelal narratief en neemt het de vorm aan van een verhaal.¹³ Holmes (1999) omschrijft psychisch welbevinden zelfs als afhankelijk van de dialectiek tussen verhalen maken en verhalen afbreken, tussen het vermogen een verhaal samen te stellen en dat weer uit elkaar te halen in het licht van nieuwe ervaringen. Volgens Holmes is veilige gehechtheid de sleutel tot het ontwikkelen van het vermogen om verhalen te vormen.¹⁴ Ook Allen et al. geven aan dat veilige gehechtheid de bron is voor het vermogen mentale toestanden te expliciteren. Expliciet mentaliseren is echter maar een klein deel van het spectrum. In de meeste gevallen mentaliseren we, in interpersoonlijk contact, impliciet. Dat wil zeggen automatisch en niet reflectief.¹⁵ Een voorbeeld hiervan is het tonen van empathie, waarin de emoties en de gedachten van de ander geïdentificeerd worden en met een passende emotie en lichaamshouding (bijvoorbeeld spiegelen van gezichtsuitdrukking) gereageerd wordt (een fysieke representatie van de mentale toestand van de ander).

Zoals blijkt uit paragraaf 2.1.1 is het mogelijk te mentaliseren aangaande jezelf en anderen. Allen et al. geven aan dat in individuele psychotherapie zelfbewustzijn, ofwel het

¹⁰ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

¹¹ Bateman, A. Fonagy, P., *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder* (Oxford 2006).

¹² Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 28.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Holmes, J., 'Defensive and creative uses of narrative in psychotherapy: an attachment perspective', in: Roberts, G., *Healing Stories: Narrative in Psychiatry and Psychotherapy* (London 1999) 49-66, aldaar 59.

¹⁵ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 28.

mentaliseren over zichzelf, centraal staat. Het mentaliseren over anderen wordt echter ook gestimuleerd, bijvoorbeeld als er aandacht is voor overdracht (in de relatie met de therapeut) of in relatietherapie, gezinstherapie of groepstherapie. Door de intrinsieke interpersoonlijke aard van onze psychische ontwikkeling (zie ook paragraaf 2.2), zijn we in staat te mentaliseren over onszelf en anderen met behulp van formuleringen (van gemoedstoestanden) die zonder betekenisverandering bruikbaar zijn. Zo zien we schaamte als een reactie op een sociale overtreding, ongeacht of deze onszelf of een ander betreft. Onze kennis die we vervolgens opdoen over de psyche van anderen – waarbij we het vermogen tot mentaliseren over anderen gebruiken (*holding mind in mind*) – is gebaseerd op waarneming en gevolgtrekking. Deze vermogens kunnen ook worden ingezet om zelfkennis op te doen, door bijvoorbeeld stil te staan bij de betekenis van eigen gedrag en daaraan gegevens af te leiden over onszelf (mentale toestanden). Het betreft dus dezelfde vermogens die op een dynamische wijze tussen zelf en anderen tot ontwikkeling komen. Allen et al. zien ‘het gegevens afleiden over onszelf’ als een voortgaand proces van uitwerking van het zelf (construeren van de psyche) door middel van mentaliseren: door tot een stellingname (representatie van een mentale toestand) te komen, verandert men zijn geestesgesteldheid, en door zijn geestesgesteldheid te veranderen, verandert zijn stellingname.¹⁶

Het tijds kader en het bereik waarin we mentaliseren kan variëren. Normaal gesproken is mentaliseren vooral betrokken op actuele mentale toestanden, omdat interacties en zelfregulatie afhankelijk zijn van mentaliseren in het heden. Mentaliseren kan echter ook betrekking hebben op het verleden, of de toekomst. In psychotherapie kunnen bijvoorbeeld de eigen mentale toestanden die leidden tot impulsief en zelfdestructief gedrag worden onderzocht (oftewel: teruggaan naar het moment waarop het mentaliseren werd losgelaten).¹⁷ Overigens vraagt het begrijpen van (of inleven in) de patiënt hier ook mentaliserend vermogen van de therapeut. Een andere variabele is het bereik van het mentaliseren, dat varieert van het kleinste bereik, het mentaliseren van een gemoedstoestand op een bepaald moment, tot hoe de actuele mentale toestanden samenhangen met een uitgebreide context zoals het autobiografisch verhaal. Allen et al. geven aan dat in psychotherapie het bereik van het mentaliseren vaak wordt vergroot door de intrapsychische en interpersoonlijke context van actuele psychische inhoud te verwoorden.¹⁸

Een belangrijke activiteit bij (expliciet) mentaliseren is aandacht. Als mentaliseren gezien wordt als aandacht schenken aan mentale toestanden, dan kan gesteld worden dat het beheersen van deze aandacht inspanning vergt.¹⁹ Allen et al. benoemen deze inspanning als ‘de pauzeknop indrukken’, terwijl je lijdt onder een onverdraaglijke gemoedstoestand, door je bewust te worden van jezelf en zodoende de emotie te kunnen reguleren en er op een constructieve manier mee om te kunnen gaan. Tevens is er inspanning nodig om te beseffen dat de ander een ander gezichtspunt heeft, willen we niet ‘ten prooi’ vallen aan egocentrisme en er zonder er over na te denken ervan uit gaan dat de ander ons gezichtspunt, onze kennis en onze attitudes deelt.²⁰ In de mentaliserende modus hebben we, ten minste impliciet, het besef dat de wereld niet noodzakelijkerwijs is zoals we die ervaren. Bogdan (2005) noemt dit een mentaal besef van het zelfrepresenterende karakter.²¹ Dit betekent ook dat we in een mentaliserende modus een besef hebben dat onze representaties niet kunnen kloppen, of met andere woorden: dat we onjuist of verworden kunnen mentaliseren (bijvoorbeeld het ervaren dat de ander je niets waard vindt, terwijl dat niet het geval is). Stress kan echter de benodigde aandacht belemmeren, waardoor het vermogen tot mentaliseren belemmerd wordt.

¹⁶ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 31-35.

¹⁷ Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

¹⁸ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 37.

¹⁹ Posner, M.I., Rothbart, M.K., *Attention, self-regulation and consciousness* (1998).

²⁰ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 37-39.

²¹ Bogdan, R.J., ‘Why self-ascriptions are difficult and develop late’, in: B.F. Male red., *Other minds: How Humans Bridge the Divide between Self and Others* (New York 2005) 190-206.

2.1.3 Mentaliseren van emotie

In deze paragraaf wordt ingegaan op het mentaliseren van emoties, wat als een belangrijke onderdeel van *Mentalization Based Treatment* wordt gezien. Bateman en Fonagy zien emotie als een subjectieve betrokkenheid op de wereld, een manier om vat te krijgen op de wereld.²² Volgens Allen et al. is het mentaliseren van emoties, ofwel het mentaliseren van affectiviteit, daarom bijzonder belangrijk en tegelijkertijd bijzonder moeilijk.²³ Als intentionele toestanden gaan emoties ergens over, waarbij ieder type emotie kan worden gedefinieerd aan de hand van zijn formele object (zo is het formele object van angst iets gevaarlijks (in iemands subjectieve beleving) en van woede iets aanstootgevends). Ze stellen dat onze emotionele disposities ons in staat stellen af te stemmen op de wereld om ons heen en ons een snel en betrouwbaar beeld te vormen van de dingen zoals ze zijn, om te kunnen reageren zoals we zouden moeten reageren.²⁴ Mentaliseren wordt dan opgevat als een dynamisch proces van voortdurende emotionele herwaardering, niet alleen van de situatie die de emotie oproept, maar ook van de emotionele reacties die daarop volgen. Mentaliseren gaat over het uitwerken van de betekenis van die gevoelens (waar deze over gaan). Allen et al. benadrukken hierbij dat gementaliseerd affect is gebaseerd op mentaliseren terwijl men de emotionele toestand zelf handhaaft en dat mentaliseren daarom misschien het beste op te vatten is als denken en voelen over denken en voelen.²⁵

In het mentaliseren van affectiviteit onderscheiden Allen et al. drie domeinen: identificeren, moduleren en uiten van affecten (die niet opeenvolgend hoeven te verlopen). Identificeren wordt daarbij gedefinieerd als het benoemen van basale emoties; het identificeren van nuances in emoties; het onder woorden brengen van lagen van emoties alsook emotionele conflicten en ambivalentie; en het verhelderen van emoties in termen van huidige relaties en relaties in het verleden. Moduleren wordt omschreven als het reguleren van de intensiteit van de emotie door deze ofwel te intensiveren, ofwel af te zwakken, alsook het continueren van een bepaald niveau van emotionele arousal.²⁶ Een sfeer die kenmerkend is voor een veilige gehechtheid is dan belangrijk, omdat het alleen veilig is om gevoelens toe te laten, wanneer deze gevoelens naar alle waarschijnlijkheid zullen worden gementaliseerd door de ander. Het kunnen uiten van emoties is gebaseerd op het identificeren en moduleren van emoties, waarbij het uiten in gehechtheidsrelaties een belangrijke rol speelt in het verder identificeren en moduleren.

²² Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

²³ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 341.

²⁴ Ibidem 66.

²⁵ Ibidem 69.

²⁶ Ibidem. 69-73.

2.2 Ontwikkeling van het mentaliserend vermogen

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen, omdat dit van wezenlijk belang is voor het begrip van de manier waarop mentaliseren bij mensen op latere leeftijd kan worden gestimuleerd, hersteld of ontwikkeld. Inzicht hierin is van wezenlijk belang voor de manier waarop mentaliseren bij mensen binnen *Mentalization Based Treatment* wordt bevorderd. Aangezien de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen op een complexe en dynamische wijze samenhangt met de ontwikkeling van hechtingsrelaties, wordt eerst kort ingegaan op theorie over hechting (paragraaf 2.2.1). Vervolgens wordt nader ingegaan op hoe het mentaliserend vermogen in de vroege hechtingsrelatie tot ontwikkeling komt (paragraaf 2.2.2).

2.2.1 Gehechtheidstheorie

In deze paragraaf wordt kort de gehechtheidstheorie besproken die voortkomt uit het werk van Bowlby. Gehechtheidsgedrag lijkt aangeboren te zijn: kort na de geboorte vertonen baby's een sterke voorkeur voor het kijken naar gezichten, luisteren naar de menselijke stem en ontwikkelen zij een voorkeur voor de nabijheid van personen die zij kennen.²⁷ Bowlby observeerde dat gedurende de tijd kinderen hechting (attachment) ontwikkelen naar verzorgers die reageren op signalen voor hulp.²⁸ Deze relationele hechting is een interne en emotionele band met een vertrouwde persoon, die kan dienen als een veilige basis voor exploratie (van de wereld) en een veilige haven bij bedreiging.²⁹ Het betreft een intieme relatie tussen moeder en kind die veiligheid en zekerheid biedt, waar juist in het geval van stress of separatie naar verlangd wordt. Bowlby maakt onderscheid tussen veilige en onveilige gehechtheid, waarbij de kwaliteit van de hechtingservaring een basis vormt voor het psychisch functioneren in het latere leven.³⁰ Dit betekent dat de vroege interpersoonlijke relaties bepalend zijn voor de manier waarop we in een relatie staan en een soort blauwdruk vormen voor onze toekomstige relaties. Ainsworth heeft het werk van Bowlby uitgebreid door het identificeren van vier relatief stabiele hechtingsstijlen of patronen: veilig, vermijdend, ambivalent en gedesorganiseerd.³¹ Meest voorkomend is de veilige hechting, als kinderen voelen dat ze kunnen vertrouwen op hun verzorger en dus in staat zijn vertrek van deze te tolereren en nabijheid te zoeken als deze terugkomt. De andere (onveilige) stijlen kenmerken zich door angst bij vertrek of vermijding bij terugkomst van de verzorger of een heftige onvoorspelbare manier van reageren (gedesorganiseerd). Een veilige hechting helpt in het vormen van positieve, stabiele interne representaties van onszelf, anderen en onze relaties (mentale modellen).³² Dit impliceert de ontwikkeling van een mentaliserend vermogen. De mentale modellen hebben emotionele en ervaringsgerichte componenten en zijn dus meer dan enkel een intellectuele representatie. Om een 'normale' zelfervaring te verwerven moeten de emotionele signalen van het kind accuraat worden gespiegeld door de hechtingsfiguur (zie ook paragraaf 2.2.2). De afwezigheid van duidelijk herkenbare contingente spiegeling hangt samen met het ontwikkelen van een verstoorde hechting (en mogelijk de ontwikkeling van psychopathologie) in een later stadium.³³

²⁷ Verfaillie, M., *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie* (Antwerpen 2011).

²⁸ Nelson, J.M., *Psychology, Religion, and Spirituality* (New York 2009) 249.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Verfaillie, M., *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie* (Antwerpen 2011).

³¹ Nelson, J.M., *Psychology, Religion, and Spirituality* (New York 2009) 249.

³² Ibidem 250.

³³ Bateman, A. Fonagy, P., *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder* (Oxford 2006).

2.2.2 Ontwikkeling van het mentaliserend vermogen in de hechtingsrelatie

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij het complexe samenspel van het mentaliseren van de ouders, de gehechtheid en het ontstaan van mentaliseren in het kind zelf. Dit samenspel is van belang omdat dit inzicht geeft in hoe het mentaliseren binnen MBT wordt bevorderd in de interactie tussen de therapeut en de patiënt. Het mentaliseren, het begrijpen van zowel zichzelf als anderen, is gelegen in het ontwikkelingsproces waarin een zelf ontstaat in relatie tot anderen. De groei van het begrip van het zelf begint wanneer kinderen hun eigen affecten ontdekken binnen primaire gehechtheidsrelaties.³⁴ Volgens Bateman en Fonagy verwachten kinderen van nature dat een versie van hun eigen innerlijke toestanden door hun verzorgers gespiegeld worden.³⁵ Volgens Meltzoff en Moore is spiegeling het meeresoneren met, reageren op en uiten van de innerlijke gemoedstoestand die het kind laat zien. Het betreft een universele, biologisch aangelegde (instinctieve) reactie die alle ouders vertonen.³⁶ In andere woorden: de verzorger geeft de mentale representatie die deze gemaakt heeft van de gemoedstoestanden van het kind, weer in de expressie aan het kind. Deze spiegelreacties helpen het kind vervolgens om de eigen innerlijke toestand te kunnen duiden. Oftewel: het kind krijgt, via de verzorger, de mogelijkheid mentale representaties toe te schrijven aan de eigen gemoedstoestanden. Dit proces stelt het jonge kind in staat zelfrepresentaties van emotionele toestanden te vormen die affectregulatie en uiting van emotie bevorderen.³⁷ Gedurende de tijd worden de representaties steeds complexer en door gedeelde aandacht voor het zelf (en andere objecten, waar de ander een andere interactie mee heeft) ontwikkelt het kind het besef dat het contact aangaat met een andere handelende persoon, die haar als kind waarneemt en die bedoelingen heeft ten aanzien van haar.³⁸ In dat geval vormt het kind dus ook representaties van de verzorgende of anderen. De (verdere) ontwikkeling van mentaliseren gaat hand in hand met de ontwikkeling van het taalvermogen (in de zin dat taal per definitie een symbool of representatie van (onze ervaring in) de wereld is). Volgens Allen et al. beginnen kinderen een expliciet mentaliserend vermogen te ontwikkelen, wanneer zij woorden leren gebruiken voor mentale toestanden.³⁹

De basis voor het mentaliserend vermogen ligt echter in het spiegingsproces van affecten. Indien deze spiegeling afwezig is zal het voor het kind zeer moeilijk zijn om zijn eigen ervaring betekenis te geven. Wil affectspiegeling succesvol zijn dan is het van groot belang dat de gemoedstoestanden van het kind contingent gespiegeld worden. Dat wil zeggen dat de spiegeling van de verzorgende een accurate weergave is van de gemoedstoestand van het kind. Indien dit niet het geval is kan deze misrepresentatie worden geïnternaliseerd, wat kan leiden tot een wezensvreemde innerlijke ervaring bij het kind en het ontstaan van een gefragmenteerd zelfbesef.⁴⁰ Een ander aspect dat in het spiegelen van belang is, is dat deze wordt gekenmerkt door gemarkeerdheid. Dat wil zeggen dat een accurate reflectie vermengd wordt met een tegengesteld affect of een variatie in de intensiteit (overdrijven, vertragen, gedeeltelijke expressie), zodat duidelijk wordt dat het niet om de mentale toestand van de verzorger, maar om de toestand van het kind gaat.

Zoals blijkt uit bovenstaande alinea's is het mentaliserend vermogen van de verzorgenden in de hechtingsrelatie (wat naar voren komt in contingent spiegelende interacties) van groot belang voor de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen bij het kind. Op basis van verschillende onderzoeken concluderen Allen et al. dat een veilige

³⁴ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

³⁵ Bateman, A. Fonagy, P., *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder* (Oxford 2006).

³⁶ Meltzoff, A.N., Moore, M.K., 'Explaining facial imitation: theoretical model', *Early Development and Parenting* 6 (1997) 179-192.

³⁷ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 81.

³⁸ Ibidem 82.

³⁹ Ibidem 92.

⁴⁰ Ibidem 121.

gehechtheid van de ouders een positief verband heeft met het mentaliserend vermogen van de ouders en dat de veilige gehechtheid van de ouders een verband heeft met de veilige hechting van het kind door een hoog niveau van *mind-mindedness* van de ouders.⁴¹ In de veilige hechtingsrelatie kan het mentaliseren tot bloei komen, waarbij het vermogen tot mentaliseren weer bijdraagt aan een veilige hechting. Bateman en Fonagy noemen veilige gehechtheid dan ook de bron voor mentaliseren en omgekeerd en spreken tevens van een intergenerationele overdracht van veilige gehechtheid en mentaliseren.⁴² Wel moet opgemerkt worden dat het gaat om globale verbanden en dat mentaliseren sterk context afhankelijk kan zijn. Zo kan een stabiele veilige gehechtheid ook het mentaliseren overbodig maken, of kan een sociale bedreiging juist het mentaliseren activeren.

In analogie met de hierboven genoemde verbanden spreken Allen et al. ook van een intergenerationele overdracht van onveilige gehechtheid en verstoord mentaliseren.⁴³ Hierbij hangt de onveilige gehechtheid van de ouder samen met een verstoring in het mentaliserend vermogen van de ouder en heeft de onveilige gehechtheid van de ouders een verband met de onveilige hechting van het kind door verstoringen in het mentaliseren in de interacties met het kind. Er vinden dan minder gemarkeerde contingente spiegelingen plaats wat een onveilige of gedesorganiseerde hechting kan veroorzaken. Indien een psychisch trauma plaatsvindt binnen de gehechtheidsrelatie, dan kan dit ook het mentaliseren ondermijnen. Dit kan komen doordat de heftige negatieve stress (in combinatie met een niet-veilige (niet-mentaliserende) hechtingsfiguur op dat moment) de ontwikkeling of het gebruik van affectregulatie (mentaliseren) onmogelijk maakt. Het paradoxale is dat het mentaliserend vermogen deze stress juist hanteerbaar had kunnen maken. Het kan ook zijn dat een trauma het mentaliserend vermogen ondermijnt, door op die manier de ander niet te hoeven ervaren als een persoon met kwaadaardige bedoelingen (in combinatie met de overweldigende kwetsbaarheid van het kind).⁴⁴ Indien het mentaliserend vermogen verstoord of niet goed ontwikkeld is kan dit leiden tot een verminderd vermogen tot affectregulatie, desorganisatie en de ontwikkeling van psychopathologie.⁴⁵

Allen et al. onderscheiden drie prementalistische modi van subjectiviteit die zich kunnen voordoen als het mentaliseren verloren gaat (wat bij elk mens in bepaalde situaties het geval kan zijn): psychische equivalentiemodus, alsof-modus en teleologische modus. In de psychische equivalentiemodus wordt de werkelijkheid gelijkgesteld aan de dan bestaande mentale toestand. Er is dan geen onderscheid meer tussen de eigen ervaring van de werkelijkheid en de werkelijkheid zelf. In de alsof-modus worden mentale toestanden niet gerelateerd aan de werkelijkheid, zoals bij dissociatie. Volgens Allen et al. integreert het kind, bij een normale ontwikkeling, de twee genoemde modi om tot mentaliseren te komen. In de (meest primitieve) teleologische modus, tot slot, worden mentale toestanden (zoals behoeften en emoties) geuit in handelingen of somatische reacties. In deze, vroeg in de ontwikkeling optredende, modus worden tastbare realiteiten verkozen boven mentale representaties en wordt beleving alleen van waarde geacht als deze samenvalt met tastbare consequenties.⁴⁶ Zo wordt affectie alleen maar beleefd als ze vergezeld gaat van lichamelijke expressie, zoals een aanraking of een streling.

⁴¹ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁴² Ibidem 161.

⁴³ Ibidem 81.

⁴⁴ Bateman, A., Fonagy, P., *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder* (Oxford 2006).

⁴⁵ Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

⁴⁶ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

2.3 Conclusies

In dit hoofdstuk is onderzocht wat mentaliseren is en hoe dit vermogen in de vroege jeugd tot ontwikkeling komt. Het eerste is van belang omdat hiermee een theoretisch kader gevormd is over het concept mentaliseren, wat inzicht geeft in de gebruikte begrippen en processen binnen *Mentalization Based Treatment*. Het tweede is van belang, omdat inzicht in de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen in de vroege jeugd, inzicht geeft in de manier waarop mentaliseren binnen *Mentalization Based Treatment* wordt bevorderd. De hier opgedane inzichten dienen als fundament voor de beschrijving van *Mentalization Based Treatment* in het volgende hoofdstuk.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat mentaliseren een menselijk vermogen betreft, dat in de vroege gehechtheidsrelaties tot ontwikkeling komt. Dit menselijk vermogen hangt nauw samen met betekenisgeving aan innerlijke toestanden in onszelf of in anderen. Mentaliseren betekent dat je beseft wat er omgaat in je eigen psyche, maar ook in de psyche van iemand anders. Allen et al. spreken daarom ook wel van *holding mind in mind*. Het betreft het vermogen om onszelf ‘van buitenaf’ te zien en de ander ‘van binnen’, door middel van het vormen van representaties, van mentale toestanden (in onszelf en anderen). Een aantal basisaspecten van mentaliseren, die binnen MBT een rol spelen, zijn te onderscheiden: niveau van de representatie (impliciet of expliciet mentaliseren), object (zelf versus anderen), tijds kader, bereik en aandacht. Volgens Allen et al. is taal het medium bij uitstek voor expliciet mentaliseren en is mentaliseren dan veelal narratief en neemt het de vorm aan van een verhaal. Ze zien ‘het gegevens afleiden over onszelf’ als een voortgaand proces van de uitwerking van het zelf (het construeren van de psyche) door middel van mentaliseren.⁴⁷

In de ‘mentaliserende modus’ hebben we, tenminste impliciet, het besef dat onze representaties niet kunnen kloppen, oftewel een mentaal besef van het zelfreprenterende karakter ervan. Indien we ons bedreigd voelen of bij intense emotionele arousal, kan ons mentaliserend vermogen echter belemmerd worden. Het vermogen om representaties van mentale toestanden te vormen neemt dan af (en er is minder onderscheid tussen de externe en interne realiteit en de eigen psyche en die van de ander). Een sfeer die kenmerkend is voor een veilige gehechtheid is dan belangrijk, omdat het alleen veilig is om gevoelens toe te laten als deze naar alle waarschijnlijkheid zullen worden gementaliseerd door de ander. Allen et al. benadrukken hierbij dat gementaliseerd affect is gebaseerd op mentaliseren terwijl men de emotionele toestand zelf handhaaft (moduleren) en dat mentaliseren daarom misschien het beste op te vatten is als ‘denken en voelen over denken en voelen’.⁴⁸

Het mentaliseren, het begrijpen van zowel zichzelf als anderen, is gelegen in het ontwikkelingsproces waarin een zelf ontstaat in relatie tot anderen. Deze ontwikkeling vindt plaats in het spiegingsproces van affecten binnen primaire gehechtheidsrelaties. De verzorger geeft de mentale representatie, die deze gemaakt heeft van de gemoedstoestanden van het kind, weer in de expressie aan het kind. Deze spiegelreactie helpt het kind om de eigen innerlijke toestand te kunnen duiden. Het kind krijgt, op deze manier, de mogelijkheid om mentale representaties toe te schrijven aan de eigen gemoedstoestanden. Wil deze affectspiegeling succesvol zijn dan is het van groot belang dat de gemoedstoestanden van het kind contingent (kloppend) en gemarkeerd gespiegeld worden. De veilige gehechtheid van de ouders heeft daarbij een verband met de veilige gehechtheid van het kind door een hoog niveau van *mind-mindedness* van de ouders, terwijl tegelijkertijd de veilige hechtingsrelatie het mentaliseren kan stimuleren. Indien het mentaliseren verloren gaat (wat bij elk mens het geval kan zijn) vindt er een regressie plaats naar één van de drie prementalistische modi: psychische equivalentiemodus, alsof-modus of teleologische modus.⁴⁹

⁴⁷ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Ibidem.

3. Mentalization Based Treatment

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op, de door Allen, Fonagy en Bateman ontwikkelde, *Mentalization Based Treatment* (MBT). Inzicht in deze methode is van belang omdat deze kennis gebruikt kan worden om te toetsen in hoeverre de geestelijk verzorger gebruik maakt van MBT. Deze toetsing vindt plaats door een vergelijking van de theorie uit dit hoofdstuk met wat de geestelijk verzorger doet, in hoofdstuk vijf en zes. Het hoofdstuk begint met een inleiding in MBT (paragraaf 3.1). Vervolgens worden de belangrijkste implicaties voor MBT, die uit de beschreven theorie in hoofdstuk twee naar voren komen, besproken (paragraaf 3.2). Daarna wordt ingegaan op de ‘mentaliserende houding’ van de therapeut, die de essentie vormt van MBT (paragraaf 3.3). Vervolgens wordt een algemene richtlijn voor interventies, die het mentaliserende vermogen kunnen bevorderen dan wel ondermijnen, besproken (paragraaf 3.4). Daarna wordt ingegaan op de gerichtheid van MBT in de klinische praktijk. Tot slot volgen de belangrijkste conclusies uit dit hoofdstuk in paragraaf 3.6.

3.1 Inleiding in MBT

De door Allen, Bateman en Fonagy ontwikkelde *Mentalization Based Treatment* (MBT) is ontwikkeld gedurende de behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In deze behandeling werd het mentaliseren door patiënten over zichzelf, anderen en relaties gestimuleerd en bleek dit een effectieve behandelmethode. Inmiddels wordt MBT toegepast op een breed spectrum van (traumagerelateerde) stoornissen, behandelvormen en theoretische benaderingen.⁵⁰ Allen et al. gaan er daarbij vanuit dat een bepaald vermogen tot mentaliseren aanwezig is en zien het aannemen van een mentaliserende houding door patiënten en behandelaars als de essentie van MBT. Aangezien het vermogen tot mentaliseren een fundamenteel menselijk vermogen is, zien Allen et al. MBT niet als een vernieuwende behandeling.⁵¹ Ze stellen dat mentaliseren de gemeenschappelijke kern vormt van alle psychotherapie en dat het hen gaat om een verscherpte aandacht voor mentaliseren in reeds bestaande behandelingen en niet om een nieuwe methodiek op zich. Als een beperking tot mentaliseren echter een primair probleem wordt, kunnen interventies gericht op het bevorderen van mentaliseren, wel een hoofddoel van de behandeling gaan vormen.⁵² Gerichtheid op mentaliseren is dus eerder te beschouwen als een verfijning dan als een vernieuwing, waarmee gepoogd wordt de aandacht aan te scherpen voor een element dat alle psychotherapeutische behandelingen gemeenschappelijk hebben.

Allen et al. stellen hierbij dat de effectiviteit van een behandeling afhangt van het vermogen tot mentaliseren van zowel de behandelaar als van de patiënt, wat dan ook de reden is van de gerichtheid van MBT op het bevorderen van dit vermogen bij alle betrokkenen.⁵³ Zo is het scheppen van een therapeutische band essentieel voor het welslagen van iedere therapie, ongeacht de theoretische oriëntatie van de therapeut. Om effectief te zijn – in het scheppen van een therapeutische band – moeten behandelaars heel vakkundig mentaliseren en tegelijkertijd moeten zij hun patiënten hiertoe overhalen.⁵⁴ Kortom: mentaliseren is een fundamentele activiteit voor alle vormen van psychotherapeutische behandeling, waarbij het succes van de behandeling af hangt van het vermogen tot mentaliseren van zowel de patiënt

⁵⁰ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁵¹ Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

⁵² Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁵³ Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

⁵⁴ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

als de therapeut.⁵⁵ Tevens geven Allen et al. aan dat een gerichtheid op mentaliseren op een veel breder gebied kan worden toegepast dan op psychoanalyse en psychodynamische therapie alleen.

Wel zijn er met het gebruik van MBT twee opvallende verschuivingen ten opzichte van psychoanalyse en psychodynamische therapie. Ten eerste hebben mentaliserende interventies meestal direct betrekking op een bepaalde ervaring, waarbij de nadruk ligt op betrekkelijk bewuste (en voorbewuste) mentale toestanden en op het hier en nu. Ten tweede brengt een gerichtheid op mentaliseren een voorkeur voor het proces eerder dan voor de inhoud mee (die in de klinische praktijk gewoonlijk de aandacht krijgt).⁵⁶

3.2 Spiegelende interactie

Uit de in hoofdstuk twee beschreven theorie over mentaliseren komen reeds een aantal zaken naar voren die van belang zijn binnen *Mentalization Based Treatment*. Zo wordt beschreven hoe het mentaliseren in een veilige hechtingsrelatie tot bloei kan komen, waarbij het vermogen tot mentaliseren weer bijdraagt aan een veilige hechting. Het blijkt dat het mentaliserend vermogen van de verzorgenden in de hechtingsrelatie (wat naar voren komt in de contingent spiegelende interacties) van groot belang is voor de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen bij het kind. Allen et al. omschrijven de rol van de psychotherapeut analoog aan de moeder die haar kind een veilige basis geeft, van waaruit het de wereld kan onderzoeken.⁵⁷ Ze zien MBT dan ook als een pedagogische onderneming, waarbij de ontwikkelingsprocessen worden herhaald om patiënten te helpen langduriger te functioneren in de mentaliserende modus. Therapeuten helpen dus om een veilige gehechtheidsrelatie te bereiken of voort te zetten, op eenzelfde manier als kind-gerichte ouders dat doen: door te mentaliseren en mentaliseren te bevorderen in een welwillende, maar toch uitdagende relatie.⁵⁸ Het is dus van belang dat de therapeut, op basis van (oprechte) empathie, een gemarkeerde en sterk contingente, spiegelende emotionele reactie vertoont. Dit biedt een externe representatie van de emotionele gemoedstoestand die het vermogen tot mentaliseren van de patiënt en de hechtingsrelatie kan bevorderen. Een verkeerde spiegeling kan echter ook het mentaliserend vermogen en de hechtingsrelatie ondermijnen. Indien de emotionele respons van de therapeut ongemarkeerd (intens werkelijk) is kan de gemoedstoestand van de patiënt escaleren en als deze niet-contingent is kunnen patiënten verschillend reageren: (in het beste geval) het misverstand rechtzetten (en daarmee mogelijk zelfs tot een meer contingente representatie komen (die dan weer gespiegeld kan worden)), de interventie negeren, (en in het slechtste geval) de misrepresentatie internaliseren. Wanneer het mentaliseren verloren gaat kunnen zich prementaliserende modi van subjectiviteit voordoen: de psychische equivalentiemodus, de alsof-modus en de teleologische modus. Indien er tekenen zijn die erop wijzen dat in therapie prementaliserende modi worden ingenomen, dan is het volgens Allen et al. niet de primaire taak van de therapeut om datgene wat de patiënt naar voren brengt te onderzoeken, uit te werken, te verklaren of te corrigeren, maar eerder om met de patiënt samen te werken om weer tot mentaliseren te komen.⁵⁹

⁵⁵ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

⁵⁸ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁵⁹ Ibidem 121.

3.3 Mentaliserende houding

In deze paragraaf wordt de mentaliserende houding beschreven, die essentieel is in de toepassing van MBT. In paragraaf 3.3.1 komt deze mentaliserende houding aan bod en wordt tevens ingegaan op de beperkte mogelijkheden tot systematisering binnen MBT en hoe de kern van MBT is gelegen in de spontaniteit en creativiteit van de therapeut en in de aangrijpende *moments of meeting*. In paragraaf 3.3.2 wordt nader ingegaan op de ‘niet-wetende’ houding als belangrijk onderdeel van de mentaliserende houding.

3.3.1 Mentaliseren is een kunst

Zoals reeds aangegeven in paragraaf 3.1 zien Allen et al. het aannemen van een mentaliserende houding door patiënten en behandelaars als de essentie van MBT. Bateman en Fonagy noemen kenmerken van veilige gehechtheidsrelaties die ze gelijkstellen aan kenmerken voor deze mentaliserende houding: vermogen tot reflectie, alert bewustzijn, ongedwongen manier van spreken, gevoel voor humor, weinig zelfbedrog, gemakkelijk en open van gedachten kunnen veranderen, gemakkelijk omgaan met onvolmaaktheden van zichzelf en anderen en medeleven. Deze kenmerken illustreren onder andere de subjectieve emotionele betrokkenheid, spontaniteit en creativiteit die typerend zijn voor mentaliseren.⁶⁰ In de kern gaat het in de mentaliserende houding om een onderzoekende, nieuwsgierige, open – en zelfs speelse – belangstelling voor mentale toestanden bij zichzelf en anderen.⁶¹ Door deze mentaliserende houding vorm te geven bieden de behandelaars de mogelijkheid voor patiënten om ook te gaan mentaliseren. Allen et al. benadrukken hierbij overigens steeds weer dat handhaving van deze mentaliserende houding moeilijker is dan het lijkt.⁶² Volgens hen moeten therapeuten, terwijl zij het mentaliseren van patiënten proberen te bevorderen, evenveel aandacht hebben voor hun eigen mentaliseren en met name voor gevallen waarin zij falen in hun mentaliseren, wat ongewild ten koste gaat van het mentaliseren van de patiënt. Zoals blijkt uit paragraaf 2.1.2 is er inspanning nodig om niet ten prooi te vallen aan ‘egocentrisme’, waarbij we zonder er over na te denken ervan uit gaan dat de ander ons gezichtspunt, onze kennis en onze attitudes deelt. Op het moment dat je iets zeker denkt te weten van een patiënt is het besef van het representerend karakter van je gevoelens en denkbeelden over de patiënt en dus het mentaliserend vermogen verloren gegaan. Allen et al. pleiten daarom voor een niet-wetende houding (als onderdeel van de mentaliserende houding), die nader besproken wordt in paragraaf 3.3.2.

Allen et al. stellen dat mentaliseren meer een kunst is dan een wetenschap, omdat de essentie van op mentaliseren gerichte therapie zich manifesteert in de attitude van de therapeut ten opzichte van het proces en niet in bepaalde technieken. Systematiseren werkt voor verschijnselen die uiteindelijk daadwerkelijk aan wetten gebonden, eindig en gedetermineerd zijn, terwijl empathie (de hoeksteen van mentaliseren) een verbeeldingsvolle sprong in het duister impliceert, bij afwezigheid van veel gegevens.⁶³ Allen et al. putten hierbij uitgebreid uit het werk van Stern die aangeeft dat ook de belangrijke rol van spontaniteit en creativiteit in het therapeutisch proces niet voorspeld kan worden op basis van algoritmen.⁶⁴ Stern verwoordt, volgens Allen et al., de essentie van mentaliseren in het therapeutisch proces met zijn nadruk op de *present moments* (heldere hier-en-nu-momenten)

⁶⁰ Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

⁶¹ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁶² Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

⁶³ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁶⁴ Stern, D.N., *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life* (New York 2004).

en *moments of meeting* (momenten van echt contact).⁶⁵ In overeenstemming met ‘het mentaliseren als kunst’ pleit Stern ervoor om de theorie tijdens de sessie nog meer op afstand te houden, zodat de actuele relatie vollediger kan worden beleefd.⁶⁶ Stern benadrukt dat de heldere hier-en-nu momenten, die doorgaans enkele seconden bestrijken, een bijzondere therapeutische waarde hebben. De in aanleg meest heldere hier-en-nu-momenten zijn de *moments of meeting*, momenten van echt contact, die hij karakteriseert als *mindreading*:

De heldere momenten die ons het meest interesseren, zijn de momenten die ontstaan wanneer twee mensen een speciaal soort mentaal contact maken, met name een intersubjectief contact. Dit behelst de wederzijdse interpenetratie van elkaars psyche, waardoor we kunnen zeggen: ‘Ik weet dat jij weet wat ik weet’, of: ‘Ik voel dat jij voelt wat ik voel’. De inhoud van de psyche van de ander wordt ‘gelezen’. Zulke aflezingen kunnen wederzijds zijn. Twee mensen zien en voelen, althans voor een ogenblik, ruwweg hetzelfde mentale landschap. Om deze ontmoetingen draait het grotendeels in psychotherapie.⁶⁷

Deze spontane interacties kunnen niet worden gepland en leveren, volgens Stern, een significante bijdrage aan therapeutische vorderingen. De aangrijpende momenten van echt contact zien Allen et al. als een uitschieter van een door veilige gehechtheid gekenmerkte interactie (waarin interactief mentaliseren plaats vindt), die tussen ouders en jonge kinderen op een meer alledaags niveau plaats vindt.⁶⁸ Stern bagatelliseert overigens niet het belang van het creëren van betekenis en van verhalen, maar hij maakt wel duidelijk dat de ontmoeting van elkaars psyche het fundament is waarop een expliciet narratief inzicht zich dient te ontvouwen.⁶⁹ Dit betekent dat zowel de therapeut als de patiënt elkaar *mind in mind* houden en dus beide in een mentaliserende modus verkeren.

Samengevat vormt de ‘menselijkheid’ van de therapeut, zoals die tot uitdrukking komt bij mentaliseren, de basis voor zijn of haar effectiviteit bij de uitoefening van psychotherapie. Niettemin biedt wetenschappelijke kennis (zoals kennis over relationele omstandigheden die mentaliseren bevorderen of ondermijnen) en de formele structuur van therapie een basis voor therapeuten om tijdens de behandeling te kunnen blijven mentaliseren.⁷⁰ De formele structuur is daarbij vooral van belang voor het handhaven van professionele grenzen en biedt de therapeut de mogelijkheid om de aandacht gedurende een bepaalde tijd specifiek te kunnen richten.

3.3.2 Mentaliserende en niet-wetende houding

Zoals blijkt uit de voorgaande paragrafen in dit hoofdstuk pleiten Allen et al. voor handhaving van een mentaliserende houding van de therapeut, aangezien dit de meeste kans geeft op effect van een behandeling. De therapeut zal de mentale toestand van de patiënt zo goed mogelijk proberen aan te voelen en te begrijpen (en zijn representatie vervolgens impliciet of expliciet spiegelen), met als doel dat deze zelf gaat mentaliseren. Dit betekent dat er in psychotherapie gestreefd wordt om een weetgierige, nieuwsgierige, niet-wetende houding te handhaven, wat van de therapeut tolerantie voor ambiguïteit en onzekerheid vergt, net zoals de mentaliserende houding dit vergt van patiënten.⁷¹ Naast de reeds in paragraaf 3.3.1

⁶⁵ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁶⁶ Stern, D.N., *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life* (New York 2004) 224.

⁶⁷ Ibidem 75.

⁶⁸ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁶⁹ Stern, D.N., *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life* (New York 2004).

⁷⁰ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁷¹ Ibidem.

genoemde kenmerken van de mentaliserende houding, noemen Allen et al. de volgende essentiële onderdelen:

- weetgierigheid, nieuwsgierigheid en onbevangenheid
- onzekerheid, niet-weten en interesse in een beter begrip
- consequent gericht op de psyche van de patiënt
- aanpassing van interventies aan mentaliserend vermogen van de patiënt
- gericht op het genereren van alternatieve gezichtspunten
- authenticiteit⁷²

Zoals reeds blijkt uit paragraaf 3.3.1 verwijst niet-weten naar het besef dat mentale toestanden ondoorzichtig zijn en dat de therapeut niet meer benul kan hebben van wat er in de psyche van de patiënt omgaat dan de patiënt zelf, en daar waarschijnlijk zelfs veel minder benul van heeft. In de mentaliserende houding is er een bereidheid om uit te zoeken hoe het met patiënten gesteld is, wat hen gaande houdt, hoe ze zich voelen en wat de oorzaken van hun onderliggende problemen zijn. De mentaliserende houding is daarom respectvol en gespeend van assumpties.⁷³ Allen et al. stellen dat het niet lang duurt voordat je niet zeker meer weet waar een patiënt het over heeft of wat deze probeert over te brengen, wat voortreffelijk nieuws is voor de niet-wetende therapeut die de patiënt dan namelijk kan aanmoedigen om meer uit te leggen en verder uit te weiden over de details van zijn beleving – niet als een weergave van feiten, maar als een creatieve, op de actuele beleving gebaseerde uitwijding.⁷⁴ Op die manier construeren therapeuten autobiografische verhalen van hun interacties met patiënten, waarin vooral de intentionele aard van de mentale toestanden van hun patiënten naar voren komt. Het mentaliseren wordt hierbij bevorderd door de aandacht specifiek te richten, flexibel denken te bevorderen, de verbeeldingskracht te stimuleren en tegelijkertijd die verbeeldende vermogens in de werkelijkheid te verankeren (gekoppeld aan mentale toestanden). De therapeut zoekt dus niet naar verklaringen van mentale toestanden (dat wil zeggen, een verklaring van het heden op basis van het verleden), maar tracht steeds te stimuleren dat een samenhangend emotioneel betekenisvol verhaal wordt gevormd (juiste en rijke mentale representaties) voor zowel de patiënt als therapeut, waarbij dit verhaal het beste kan worden ontwikkeld tijdens emotionele toestanden.⁷⁵

De therapeut moet hierbij steeds openstaan voor nieuwe uitwerkingen, en tegelijkertijd erop bedacht blijven vooringenomenheden en vertekeningen ten gevolge van overdracht uit de weg te gaan. Zo is de therapeut, in een niet-mentaliserende houding, mogelijk snel geneigd om dingen te willen adviseren of doen om de patiënt te helpen.⁷⁶ Op het moment dat de therapeut de patiënten echter vertelt hoe het met hun psyche gesteld is of wat ze moeten doen, maakt deze zich in zekere zin van hun psyche meester.⁷⁷ Deze overname verzwakt het mentaliserend vermogen, waarbij de patiënt de opvatting van de therapeut kritiekloos kan aanvaarden (en mogelijk internaliseren), kan negeren of deze totaal kan verwerpen (psychische equivalentiemodus). Bateman en Fonagy concluderen, op basis van het geven van mentalisatietraining aan therapeuten, dat het handhaven van de mentaliserende houding niet alleen de belangrijkste, maar tevens de moeilijkste vaardigheid is om onder de knie te krijgen.⁷⁸ Zonder een mentaliserende houding is er, volgens hen, weinig kans dat andere

⁷² Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 198.

⁷³ Ibidem.

⁷⁴ Ibidem 199.

⁷⁵ Ibidem

⁷⁶ Ibidem

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

interventies vruchten afwerpen: de mentaliserende houding is voor patiënten onmisbaar om ook maar iets nuttigs te kunnen doen met de interventies van therapeuten.⁷⁹

Allen et al. geven aan dat de grootste veranderingen zullen optreden als het continu omwerken van perspectieven en ideeën over jezelf en anderen plaats vindt in de context van gehechtheid (waar gehechtheidsbehoefte worden gestimuleerd). Vanuit een mentaliserende houding is de behandeling dan ‘genuanceerd’ en bedachtzaam gemoduleerd bij emotionele intensiteit.⁸⁰ Mentaliseren kan pijnlijk zijn en het ‘klinisch werk’ (zoals Allen et al. dat noemen) brengt juist vaak met zich mee dat patiënten worden geholpen met mentaliseren op emotioneel heel gevoelig terrein. Dit betekent dat het van groot belang is dat de therapeutische band een zekere veiligheid biedt, een veiligheid die door het mentaliseren zelf weer bevorderd wordt. Allen et al. geven aan dat dit vraagt om langzaam te bewegen (en niet te snel te willen), zeker in de sfeer van het werken met overdracht. Toch vindt het bevorderen van mentaliseren in psychotherapie niet altijd plaats in een warm en welwillend klimaat, want wil men een groter mentaliserend vermogen ontwikkelen in het kader van uitdagingen en bedreigingen van veilige gehechtheid, dan dienen deze gemoedstoestanden te worden opgeroepen en te worden gementaliseerd in het psychotherapeutisch proces.⁸¹

3.4 Interventies

Zoals blijkt uit paragraaf 3.3 is de activiteit van het mentaliseren een kunst die niet kan worden gereduceerd tot regels of procedures en manifesteert de essentie van op mentaliseren gerichte therapie zich in de attitude van de therapeut ten opzichte van het proces. In zekere zin kunnen regels en procedures de mentaliserende houding van de therapeut (en daarbij het mentaliseren van de patiënt) juist ondermijnen. Ironisch genoeg laat het mentaliserend vermogen het juist afweten bij een therapeut die in beslag is genomen door mentaliseren (of een andere theorie of richtlijn), omdat deze niet langer aandacht schenkt aan de patiënt. Allen et al. geven daarom enkele algemene richtlijnen voor interventies die het mentaliserend vermogen vermoedelijk zullen bevorderen dan wel ondermijnen. Volgens hen hebben interventies die van invloed zijn op mentaliseren de volgende kenmerken:

Bevorderlijk voor mentaliseren:

- handhaven van een onderzoekende, nieuwsgierige, niet-wetende houding
- zorgen dat patiënten een veilige basis ervaren die bevorderlijk is voor het exploreren van hun eigen mentale toestanden en die van jezelf
- een niveau van emotionele betrokkenheid bevorderen die niet te warm en niet te koud is
- een proces van spiegelen aangaan waarbij je met contingent gespiegelde, gemarkeerde emoties de mentale toestand teruggeeft aan de patiënt
- interventies bieden die simpel en ter zake zijn
- het door patiënten laten exploreren van mentale toestanden van henzelf en anderen in evenwicht houden
- patiënten aanzetten tot het bezien van hun interacties en zelfbeleving vanuit meerdere perspectieven
- erkennen als je niet weet wat je moet zeggen of doen, en de hulp van de patiënt inroepen om voortgang te blijven maken met het proces
- werken met overdracht om patiënten te helpen begrijpen hoe hun psyche werkt in de

⁷⁹ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ Ibidem.

therapiekamer

- de beleving van de patiënt valideren voordat je de patiënt alternatieve perspectieven aanbiedt
- aanvechten van ongegronde aannamen van de patiënt over je attitudes, gevoelens of overtuigingen
- overgaan tot weloverwogen zelfonthulling betreffende je interacties met de patiënt
- patiënten laten weten wat je denkt, zodat ze je vervormde mentaliseren kunnen corrigeren
- je eigen tekorten in mentaliseren toegeven en moeite doen om misverstanden te begrijpen
- fouten toegeven en actief je eigen bijdrage aan de antagonistische reacties van de patiënt exploreren ⁸²

Ondermijnend voor mentaliseren:

- ernaar streven om scherpzinnige en briljante inzichten te presenteren
- gecompliceerde, langdurige interventies aanbieden
- aanhoudend spreken in de alsof-modus (los van reële mentale toestanden)
- mentale toestanden toeschrijven aan de patiënt, gebaseerd op eigen vooropgezette theoretische ideeën
- je eigen ideeën over de patiënt als vaststaand presenteren aan de patiënt
- overmatig focussen op structuur en inhoud van relaties in plaats van op relationele processen (in het hier en nu)
- de manier waarop de patiënt een relatie ervaart, toeschrijven aan een algemeen patroon, in plaats van die beleving en de oorsprong ervan verder te exploreren
- de overdracht gebruiken om onbewuste herhalingen van gedrag uit het verleden te exploreren
- langdurige stiltes toestaan
- aanmoedigen van vrije associatie en ontwikkelen van fantasieën over de therapeut
- reageren op de patiënt met intense, ongemarkeerde emotie ⁸³

Ondanks dat Allen et al. een generieke benadering nastreven zijn de bovenstaande kenmerken van interventies ontwikkeld in de context van de behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, waardoor de stijl van de interventies mogelijk beïnvloed is. Ook zijn een aantal kenmerken opgenomen die het verschil met andere psychotherapeutische benaderingen benadrukken (bijvoorbeeld vrije associatie). Tevens is het voorstelbaar dat sommige kenmerken per situatie en patiënt kunnen verschillen. Zo geven Allen et al. aan dat het toestaan van langdurige stiltes het mentaliseren kan ondermijnen, omdat deze kunnen leiden tot escalatie van angst of overmatig fantaseren.⁸⁴ Indien dit wordt aangenomen is dit geen mentaliserende houding. Je weet immers niet wat er in de psyche van de ander omgaat (de therapeut zou eventueel kunnen vragen: ‘wat gaat er nu in je om?’). Het is niet onvoorstelbaar dat mentaliseren juist kan plaatsvinden op het moment dat de patiënt stil is en de patiënt voelt en denkt over mentale toestanden (‘het in zich om laten gaan’). Op het moment dat de therapeut de stilte doorbreekt (wellicht vanuit zijn eigen ongemak (en gebrek aan mentaliseren)) kan dit de patiënt juist van zijn ‘mentaliserende spoor’ halen. Ook is het niet ondenkbaar dat stiltes juist kunnen vallen in de therapeutisch waardevolle *moments of meeting*.

⁸² Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 179.

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ Ibidem 213.

De genoemde kenmerken van interventies kunnen als richtlijn gebruikt worden, waarbij men dus steeds bewust moet blijven welk doel men met de betreffende interventie nastreeft. Het doel van mentaliserende interventies is het stimuleren tot meer aandacht voor mentale toestanden bij zichzelf en anderen, het zich aanwennen van een bewust besef van meerdere perspectieven en het versterken van het vermogen tot mentaliseren, met name in sterk emotionele omstandigheden.⁸⁵

3.5 Gerichtheid van MBT in de klinische praktijk

Mentalization Based Treatment betreft de eerste evidence-based techniek voor de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis.⁸⁶ De vastgelegde behandeldoelen van MBT zijn: het mentaliseren van de patiënt over zichzelf, anderen en relaties bevorderen.⁸⁷ In het nastreven van deze doelen is het volgens Allen et al. noodzakelijk dat je de beperkte mentaliserende vaardigheden van de patiënt onderkent en ermee werkt, je richt op innerlijke toestanden van jezelf en de patiënt en deze toestanden representeert, en deze gerichtheid gedurende een substantiële tijdspanne handhaaft, in weerwil van continue aantasting ervan door de patiënt. Het primaire doel is dus om het mentaliserend vermogen te bevorderen. Opvallend is dat Allen et al. in de klinische praktijk daarmee vooral oog hebben voor het bewerkstelligen van behandeldoelen omtrent het psychisch functioneren. Het draait weliswaar om rijke representaties, gegronde verbeelding en het vormen van een betekenisvol verhaal (waar de therapeut vanuit een mentaliserende houding ook daadwerkelijk oprecht geïnteresseerd in is), toch staat het psychisch functioneren centraal. ‘Onze belangstelling gaat vooral uit naar mogelijkheden voor patiënten om mentale middelen te ontwikkelen waarmee ze problematische, terugkerende patronen in gedrag en relaties kunnen onderkennen en ermee leren omgaan.’⁸⁸ Onderliggende behandeldoelen of te behandelen problemen (die met behulp van MBT behandeld worden) kunnen uitgedrukt worden in termen als: relaties kunnen aangaan, een versterking van het zelf als agens, het zelfgevoel versterken, affectregulatie (het kunnen identificeren, moduleren en uiten van affecten), het vermogen tot het genereren van inzichten vergroten en vervormde mentale processen onderkennen en bij kunnen stellen. Volgens Allen et al. is het de bedoeling om geleidelijk te komen tot het exploreren en uitwerken van veelzijdige representaties van het zelf, van anderen en relaties – inclusief de therapierelatie en daarbij te doorgronden hoe interpersoonlijke interacties gerelateerd zijn aan eigen mentale toestanden. Wil men een groter mentaliserend vermogen ontwikkelen in het kader van uitdagingen en bedreigingen van veilige gehechtheid, dan dienen (zoals blijkt uit paragraaf 3.3.2) deze gemoedstoestanden te worden opgeroepen en te worden gementaliseerd in het psychotherapeutisch proces. Dit verklaart waarom Allen et al. het stimuleren om aan te sturen op bepaalde affecten en het werken in de overdracht. Allen et al. werken vaak met een ontwikkelingsgerichte casusbeschrijving, die de behandeling een focus en bepaalde koers moet geven.⁸⁹

Uit bovenstaande alinea blijkt dat er bij het gebruik van MBT in de klinische praktijk wordt uitgegaan van een psycho(patho)logische visie op het onvermogen of disfunctioneren van de patiënt, waarbij in een oplossingsgerichte benadering een klinisch doel wordt nagestreefd. Hierin zit een grote paradox, omdat deze gerichtheid enerzijds nodig is om binnen het psychologisch discours evidence-based te kunnen werken, terwijl deze anderzijds juist minder ruimte geeft aan de individuele beleving van de patiënt. Deze gerichtheid kan de mentaliserende (niet-wetende) houding van de therapeut en het mentaliseren van de patiënt

⁸⁵ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 23.

⁸⁶ Bateman, A. Fonagy, P., *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder* (Oxford 2006).

⁸⁷ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁸⁸ Ibidem 183.

⁸⁹ Ibidem.

juist ondermijnen, terwijl deze mentaliserende houding juist de essentie vormt van (de effectiviteit van) MBT (zie ook paragraaf 3.3). Allen et al. noemen een op mentaliseren gerichte behandeling dan ook een vorm van koorddans. ⁹⁰ Ze geven aan dat ze op geen enkel moment van het concrete behandelproces erop uit zijn om een theorie toe te passen, maar willen vasthouden aan slechts één doel: de instandhouding van het proces van mentaliseren.

3.6 Conclusies

In dit hoofdstuk is onderzocht wat *Mentalization Based Treatment* (MBT) inhoudt. Dit is van belang teneinde te kunnen bepalen in hoeverre de geestelijk verzorger gebruik maakt van MBT en in hoeverre MBT kan dienen als onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. Om dit te kunnen bepalen zullen de resultaten uit dit hoofdstuk, in hoofdstuk vijf en zes, worden vergeleken met wat de geestelijk verzorger doet.

De door Allen, Fonagy en Bateman ontwikkelde *Mentalization Based Treatment* (MBT) is een mentaliseren-bevorderende therapie, die gericht is op het schenken van aandacht aan mentale toestanden in zichzelf en anderen. Allen et al. stellen dat mentaliseren de kern is, die alle psychotherapeutische behandelingen gemeenschappelijk hebben, waarbij de effectiviteit van een behandeling afhangt van het vermogen tot mentaliseren van zowel de therapeut als van de patiënt. ⁹¹ De rol van de therapeut is daarbij om een veilige gehechtheidsrelatie te bereiken of voort te zetten op een zelfde manier als kind-gerichte ouders dat doen: door te mentaliseren en daarmee het mentaliseren te bevorderen bij de patiënt. ⁹² Het is dus van belang dat de therapeut op basis van empathie, een sterk contingente en gemarkeerde, spiegelende emotionele reactie vertoont. Dit biedt een externe representatie van de emotionele gemoedstoestand die het vermogen tot mentaliseren van de patiënt en de hechtingsrelatie kan bevorderen. Andersom kan een verkeerde spiegeling (al dan niet door een gebrek aan mentaliserend vermogen bij de therapeut) het mentaliserend vermogen en de hechtingsrelatie ondermijnen. ⁹³

Het aannemen en handhaven van een mentaliserende houding door de therapeut is dus essentieel en geeft (volgens Allen et al.) de meeste kans op effect van een behandeling. De essentie van MBT manifesteert zich dus in de attitude van de therapeut ten opzichte van het proces en niet in bepaalde technieken. ⁹⁴ Kenmerken voor een mentaliserende houding zijn: vermogen tot reflectie, alert bewustzijn, ongedwongen manier van spreken, gevoel voor humor, weinig zelfbedrog, gemakkelijk en open van gedachten kunnen veranderen, gemakkelijk omgaan met onvolmaaktheden van zichzelf en anderen en medeleven. ⁹⁵ In de kern gaat het in de mentaliserende houding om een onderzoekende, nieuwsgierige, open en speelse belangstelling voor mentale toestanden bij zichzelf en anderen. Dit komt tot uiting in een respectvolle, niet-wetende houding, die gespeend is van assumpties. ⁹⁶

Vanuit de mentaliserende houding biedt de therapeut de mogelijkheid aan de patiënt voor de constructie van autobiografische verhalen op basis van mentale toestanden. Het mentaliseren wordt hierbij bevorderd door de aandacht specifiek te richten, flexibel denken te bevorderen, de verbeeldingskracht te stimuleren en tegelijkertijd de verbeeldende vermogens in de werkelijkheid te verankeren (gekoppeld aan mentale toestanden). De therapeut zoekt dus niet naar verklaringen van mentale toestanden, maar tracht steeds te stimuleren dat een samenhangend emotioneel betekenisvol verhaal wordt gevormd (juiste en rijke mentale

⁹⁰ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 185.

⁹¹ Ibidem.

⁹² Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

⁹³ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

⁹⁶ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

representaties), voor zowel de therapeut als de patiënt.⁹⁷ De ontmoeting van elkaars psyche is hierin het fundament waarop een expliciet narratief inzicht (betekenisvol verhaal) zich ontvouwt. Een significante bijdrage aan de therapeutische vorderingen van mentaliseren in het therapeutische proces ligt hierbij in de *present moments* (heldere hier-en-nu-momenten) en dan met name in de *moments of meeting* (momenten van echt contact). In de *moments of meeting* behelst het intersubjectieve contact de interpenetratie van elkaars psyche (al is het voor een moment), waardoor we kunnen zeggen: 'Ik weet dat jij weet wat ik weet', of 'Ik voel dat jij voelt wat ik voel'.⁹⁸

De vastgelegde behandeldoelen van MBT zijn: het mentaliseren van de patiënt over zichzelf, anderen en relaties bevorderen. In de klinische praktijk hebben Allen et al. hiermee vooral oog voor het bewerkstelligen van behandeldoelen omtrent het psychisch functioneren, zoals het onderkennen en leren omgaan met problematische terugkerende patronen in gedrag en relaties. Onderliggende behandeldoelen of te behandelen problemen kunnen uitgedrukt worden in termen als: relaties kunnen aangaan, een versterking van het zelf als agens, het zelfgevoel versterken en affectregulatie. Volgens Allen et al. is het de bedoeling om geleidelijk te komen tot het exploreren en uitwerken van veelzijdige representaties van het zelf, van anderen en relaties – inclusief de therapierelatie en daarbij te doorgronden hoe interpersoonlijke interacties gerelateerd zijn aan eigen mentale toestanden.⁹⁹ Ondanks dat Allen et al. een mentaliserende niet-wetende houding propageren en deze zelfs als de essentie (van de effectiviteit van) van MBT zien, hebben ze dus een duidelijke agenda. Hier ligt een grote innerlijke tegenstrijdigheid binnen MBT. Paradoxaal genoeg kan de hier benoemde gerichtheid de mentaliserende (niet-wetende) houding van de therapeut en (daarmee) het mentaliseren van de patiënt juist ondermijnen, terwijl deze mentaliserende houding juist de essentie vormt van MBT.

⁹⁷ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

⁹⁸ Stern, D.N., *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life* (New York 2004) 224.

⁹⁹ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

4. Geestelijke verzorging

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op wat de geestelijk verzorger doet, waarmee een antwoord wordt gegeven op deelvraag drie uit de inleiding. Inzicht in wat de geestelijk verzorger doet is van belang om te kunnen bepalen in hoeverre de geestelijk verzorger gebruik maakt van MBT en in hoeverre MBT kan dienen als een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. Om dit te kunnen bepalen zullen de resultaten uit dit hoofdstuk, in hoofdstuk vijf, worden vergeleken met de theorie van *Mentalization Based Treatment* uit hoofdstuk drie. De literatuurstudie in dit hoofdstuk is, vanwege de tijdspanne van het onderzoek, afgebakend tot een studie van geestelijke verzorging aan de hand van de beroepscode, aangevuld met een studie van een aantal ‘vigerende’ methoden: hermeneutische benadering, narratieve benadering, presentiebenadering, en (een deel van) de objectrelatie theorie volgens Ogden. De beschrijving van geestelijke verzorging aan de hand van de beroepscode vindt plaats in paragraaf 4.1, waarbij in paragraaf 4.1.4 de keuze voor de methoden wordt gemotiveerd. In de daarop volgende paragrafen worden respectievelijk de hermeneutische benadering, de narratieve benadering, de presentiebenadering en de objectrelatie theorie volgens Ogden beschreven. Tot slot volgen de conclusies in paragraaf 4.6.

4.1 Algemene beschrijving van geestelijke verzorging

Om inzicht te krijgen in wat de geestelijk verzorger doet vindt in deze paragraaf een algemene beschrijving plaats van geestelijke verzorging, aan de hand van de beroepscode van de VGVZ (de beroepsvereniging van geestelijk verzorgers). Allereerst wordt in paragraaf 4.1.1 ingegaan op de officiële begripsomschrijving van geestelijk verzorgers in zorginstellingen volgens de beroepscode en wat deze impliceert. Vervolgens wordt in paragraaf 4.1.2 beschreven hoe zingevingsprocessen juist in zorginstellingen een rol spelen. Daarna wordt in paragraaf 4.1.3 ingegaan op de gerichtheid van de geestelijk verzorger in de begeleiding van zingevingsprocessen. Tot slot wordt in paragraaf 4.1.4 de keuze gemotiveerd voor de in dit onderzoek gebruikte methoden van geestelijke verzorging, die gehanteerd worden in de vergelijking tussen geestelijke verzorging en MBT in hoofdstuk vijf.

4.1.1 Zingeving en betekenisgeving

De geestelijk verzorger wordt over het algemeen ingeroepen als een persoonlijke situatie om zin of betekenis vraagt, waarbij de geestelijk verzorger kijkt naar de gehele mens in zijn context en kan helpen richting te geven aan de hand van de levensbeschouwing. De officiële begripsomschrijving van geestelijke verzorgers in zorginstellingen van de VGVZ luidt: ‘De professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij hun zingeving en spiritualiteit, vanuit en op basis van geloofs- en/of levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming.’¹⁰⁰ Naast de genoemde professionele adviserende taak gaat het in geestelijke verzorging dus om:

‘professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen bij hun zingeving en spiritualiteit, op basis van de geloofs- en/of levensovertuiging’.

¹⁰⁰ VGVZ, *Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen*, (2002, aangepast in 2010).

Overigens kan hierbij opgemerkt worden dat de ambtshalve inbedding in de laatste decennia ter discussie is komen te staan (de beroepsstandaard wordt momenteel herzien en een vernieuwde standaard wordt in 2015 voorgelegd aan de ALV).¹⁰¹ Verder wordt in dit hoofdstuk (en in het vervolg van deze scriptie), vanuit praktische overweging, de meer algemene term ‘levensbeschouwing’ gehanteerd, in plaats van ‘geloofs- en/of levensovertuiging’. De centrale term zingeving wordt in de beroepscode omschreven als het continue proces waarin ieder mens, in interactie met de eigen omgeving, betekenis geeft aan het (eigen) leven. Het begrip spiritualiteit verwijst naar processen van innerlijke omvorming en laat zich omschrijven met termen als bezieling, transcendentie, verbondenheid en verdieping.¹⁰² In de praktijk gaat het om alle mogelijke bronnen van inspiratie (bijvoorbeeld anderen, kunst, muziek, literatuur, natuur) en betreft het dus niet enkel mensen die een bepaalde religie aanhangen. Of spiritualiteit een vorm is van zingeving/ervaring of dat zingeving/ervaring een vorm kan zijn van spiritualiteit, doet de beroepscode geen uitspraak over. In de praktijk worden beide termen door elkaar gebruikt en hangt het af van de levensbeschouwelijke context hoe men dit ziet of ervaart. In beide gevallen gaat het echter om een diepere betekenislaag die raakt aan de levensbeschouwing, om het geven of vinden van betekenis bij vragen rond leven, ziekte, lijden en dood, om wat werkelijk van belang is en het leven de moeite waard maakt. Zock stelt dat het gaat om ‘de mens als geheel’ en dat de nadruk ligt op de existentiële dimensie van de menselijke ervaring.¹⁰³ Ook Glas benadrukt het existentiële en dat dit iemands gehele bestaan betreft: ‘het gaat om fundamentele bestaansoriëntaties of grondhoudingen’.¹⁰⁴ Van Donk spreekt van ‘de diepere betekenis die Nederlanders aan hun leven geven, en hoe zij dit tot uiting brengen’, wat aan lijkt te sluiten bij de zingevingdefinitie van de VGVZ.¹⁰⁵ Volgens Van Loenen is juist dit vermogen tot betekenisgeving typisch menselijk (wat ons onderscheidt van de dieren) en maakt dit het mogelijk om iets als zinvol te kunnen ervaren: ‘een mens speelt met betekenis en zingeving is het resultaat van dit spel van verbeelding’.¹⁰⁶ Als een persoonlijke situatie om zin of betekenis vraagt, dan kan dit ‘spel van verbeelding’ soms weer op gang worden gebracht en daarmee het proces waarin mensen betekenis geven aan het (eigen) leven. De begeleiding en hulpverlening hierbij is de taak van de geestelijk verzorger, al wil dit niet zeggen dat de geestelijk verzorger daarbij oplossingsgericht te werk gaat of kan gaan (zie ook paragraaf 4.1.3).

4.1.2 Het zingevingproces in zorginstellingen

Zoals blijkt uit de voorgaande paragraaf kan de geestelijk verzorger worden ingeroepen als een persoonlijke situatie om zin of betekenis vraagt. Juist in zorginstellingen lijkt dit van belang, omdat het zingevingproces van mensen daar vaak een belangrijke rol speelt. Muthert geeft aan dat dit komt doordat juist daar veel ervaringen in het teken staan van ziek zijn, beperkingen, afhankelijkheidsrelaties, kwetsbaarheid en eindigheid.¹⁰⁷ Ook de beroepscode stelt dat juist in situaties van ziekte, tegenslag en crisis zingeving en spiritualiteit in beweging kunnen komen. ‘Wezenlijke vragen komen op en tegenstrijdige gevoelens kunnen zich van mensen meester maken. Vaak komt een cliënt in een heel nieuwe verhouding tot zichzelf, tot

¹⁰¹ http://www.vgvz.nl/over_de_vgvz/beroepsstandaard, VGVZ, 28 november 2015.

¹⁰² VGVZ, *Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen* (2002, aangepast in 2010).

¹⁰³ Zock, H., *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief* (Tilburg 2007).

¹⁰⁴ Glas, G., ‘Existentiele vragen in een evidence/Based context’, in: Abma et al., *Evidentie en existentie. Evidence-based behandelen en verder* (Tilburg 2010).

¹⁰⁵ Donk, W.B.H.J. van de, Jonkers, A.P., ‘Verkenning van een dubbele transformatie’, in: G.J. Kronjee, R.J.J.M. Plum red., *Geloven in het publieke domein* (Amsterdam 2006).

¹⁰⁶ Loenen, G. van, *Voor de geest staan. Zorg voor zingeving als taak van de geestelijke verzorging* (Tilburg 2005).

¹⁰⁷ Muthert, H., *Verlies & verlangen. Verliesverwerking bij schizofrenie* (Assen 2007).

anderen of tot het transcendente te staan. Gevoelens van verdriet, angst, woede, machteloosheid en wanhoop kunnen opkomen. Naast de aantasting van autonomie, het verlies van de eigen rollen, van relaties en sociale vaardigheden kunnen tevens gevoelens van eenzaamheid opkomen. Het Godsbeeld en mensbeeld kunnen veranderen, men kan zijn levenskracht en levensmotivatie verliezen.¹⁰⁸ Van der Lans stelt (vanuit een meer psychologische benadering) dat een ingrijpende gebeurtenis een zingevingprobleem kan scheppen dat het subject kan dwingen tot heroriëntatie. Indien de resources (Van der Lans benoemt de subjectieve levensbeschouwing) onvoldoende bescherming bieden tegen de stresserende situatie, zal een stressreactie onvermijdelijk zijn. Dit kan leiden tot affectief-emotionele stressreacties zoals een gevoel van hulpeloosheid, waarbij de cognitieve verwarring zich kan uiten in een zingevingsvraag.¹⁰⁹ In de verpleegkundige NANDA-diagnose (een internationale standaard voor verpleegkundigen) spreekt men dan van geestelijke nood, waarbij geestelijke nood omschreven wordt als een ‘verminderd vermogen om zin en doel van het leven te kunnen ervaren en te integreren door verbondenheid tussen de persoon en anderen, kunst, muziek, literatuur, natuur of een macht groter dan zichzelf’.¹¹⁰ Volgens Van Schrojenstein Lantman kan ‘dit verminderde vermogen om zin en doel te ervaren’ juist in het geval van ziekte een grote rol spelen. Van Schrojenstein Lantman spreekt van een breuk in het levensverhaal, waarbij de ‘breuklijn’ diep in het bestaan ingrijpt en een mens anderen nodig heeft om verstaan te worden en zich tot de nieuwe situatie te kunnen verhouden.¹¹¹ Volgens Attig brengt verlies een bepaalde chaos met zich mee. Hij beschrijft het leven na verlies als ‘relearning the world’, waarbij het gaat om het herdefiniëren en herleren van het bestaan, het opnieuw betekenis vinden in de wereld.¹¹² Juist in zorginstellingen kan dus het proces waarin mensen betekenis geven aan het (eigen) leven in beweging zijn, het kan vragen om heroriëntatie (van het bestaan), waarbij mensen anderen nodig hebben om verstaan te worden en zich tot de nieuwe situatie te kunnen verhouden.

4.1.3 Gerichtheid en gebruik van de levensbeschouwing

Zoals blijkt uit de voorgaande paragraaf kan het zingevingproces juist in zorginstellingen een belangrijke rol spelen. Situaties van ziekte, tegenslag en crisis kunnen vragen om een proces van heroriëntatie en betekenisgeving, oftewel kortweg: om zingeving. Het doel van de geestelijke verzorging in zorginstellingen is daarbij: het aandachtig en liefdevol present zijn bij en begeleiden van de processen van zingeving en spiritualiteit, met het oog op het geestelijk welbevinden van de cliënt.¹¹³ Muthert stelt dat dit welbevinden en zingeving elkaar wederzijds beïnvloeden en dat het welzijnsgevoel van personen afhankelijk is van de wijze waarop zij betekenis verlenen aan levensgebeurtenissen.¹¹⁴ Mooren spreekt van het geestelijke of het geestelijk functioneren en omschrijft dit als een werkzaamheid of activiteit van het psychische als geheel, waarbij onderscheiden functies in onderlinge wisselwerking gericht zijn op de relatie tussen persoonlijke betekenisgeving en algemene universele noties. In de meest doordachte vorm presenteert het ‘geestelijke’ zich daarbij in de gedaante van veruitgewerkte zingevingssystemen.¹¹⁵ Het gaat hier om het in een groter geheel plaatsen

¹⁰⁸ VGVZ, *Beroepstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen* (2002, aangepast in 2010).

¹⁰⁹ Lans, J.M. van der, ‘Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress’, in: J.M. van der Lans, *Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen* (Tilburg 2006) 72-108.

¹¹⁰ NANDA, *Verpleegkundige diagnoses, definities en classificaties 2003-2004* (2003) 58.

¹¹¹ Schrojenstein Lantman, R. van, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 19-30.

¹¹² Attig, T., ‘Relearning the world: making and finding meanings’, in: R.A. Neimeijer (red.), *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss* (Washington 2001) 33-53.

¹¹³ VGVZ, *Beroepstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen* (2002, aangepast in 2010).

¹¹⁴ Muthert, H., *Verlies & verlangen. Verliesverwerking bij schizofrenie* (Assen 2007).

¹¹⁵ Mooren, J.H.M., *Geestelijke verzorging en psychotherapie* (Utrecht 2008).

(diepere betekenislaag) van de mens als geheel en niet om (onvermogen in) het psychisch functioneren.

Zoals reeds aangegeven in paragraaf 4.1.1 kan de levensbeschouwing helpen richting te geven wanneer een persoonlijke situatie om zin of betekenis vraagt en vindt de begeleiding en hulpverlening van geestelijk verzorgers plaats op basis van de levensbeschouwing. De levensbeschouwing biedt een betekenskader, waaraan betekenis kan worden ontleend. Van oudsher spelen levensbeschouwingen dan ook een belangrijke rol in de besproken processen van (her)oriëntatie en (her)waardering en in de professionele begeleiding daarvan.¹¹⁶ De geestelijk verzorger gaat daarbij uit van de levensbeschouwing van de patiënt en kan indien wenselijk de eigen oriëntatie (levensbeschouwing) aanwenden ten behoeve van de oriëntatie van de patiënt. Dit kan zijn in de vorm van een beeld, metafoor, ritueel, verhaal of gedicht waarin de patiënt zelf betekenis kan vinden (die niet noodzakelijkerwijs gelijk is aan die van de geestelijk verzorger). De moderne geestelijk verzorger is dus niet gericht op het toewenden van het individu naar de leer, maar op de mogelijke betekenis die de levensbeschouwing kan hebben voor de individuele mens.¹¹⁷ Het betekent dat, waar in de geestelijke begeleiding geput wordt uit het levensbeschouwelijk gedachtegoed, samen met de patiënt gezocht wordt naar wat die traditie hem of haar te zeggen heeft, en hoe elementen uit het gedachtegoed de patiënt kunnen helpen in zijn of haar oriëntatie in het leven en van daaruit in concrete levenssituaties.¹¹⁸

In aansluiting op de voorgaande alinea geeft Mooren aan dat tegenover de dogmatische oriëntatie van vroeger pastoraat tegenwoordig eerder gezien kan worden als een hermeneutisch proces, als het zoeken naar betekenis, naar het verstaan van de naaste. Deze gerichtheid is dan niet gefocust op het (oplossen van het) probleem of de ziekte, maar op de gehele mens, waarbij ‘het samen met de ander betrokken raken en zoeken naar zin, in een verstaansproces als hermeneutisch gebeuren’¹¹⁹ centraal staat. Dit sluit aan bij het doel van geestelijke verzorging volgens de beroepscode, waarbij weliswaar het geestelijk welbevinden beoogt wordt, maar het ‘aandachtig en liefdevol present zijn bij en begeleiden van de processen van zingeving en spiritualiteit’ een doel op zich is. Deze niet-oplossingsgerichte benadering is kenmerkend voor geestelijke verzorging en onderscheidend ten opzichte van het huidige medische en psychologische discours. Overigens moet hierbij wel opgemerkt worden dat er individuele verschillen zijn tussen geestelijk verzorgers en dat er binnen de beroepsgroep discussie is over presentie versus interventie. Tevens wordt in de officiële begripsomschrijving van geestelijke verzorging naast begeleiding ook gesproken van hulpverlening (zie paragraaf 4.1.1). Begeleiding heeft hierbij betrekking op ondersteuning en bevestiging, of aandachtige presentie, als zinfragen zich voordoen en hulpverlening richt zich meer op interventies en veranderingen als het zingevingproces uit evenwicht raakt.¹²⁰ Volgens de beroepscode moet bij het doen van interventies echter in acht worden genomen dat het met name in de processen van innerlijke omvorming van het grootste belang is dat de begeleider niet sturend aanwezig is. Tevens moet in acht worden genomen dat een periode van geestelijk niet-welbevinden cruciaal kan zijn in het omvormingsproces.¹²¹ Roest (2004) wijst daarbij ook op het gevaar van zinverlening aan het lijden, omdat hiermee het lijden als zodanig ontkend kan worden.¹²² Indien je oplossingsgericht bent, betekent dit dat je ergens wilt komen en dat wat er nu is dus niet gewenst is. Dit werkt averechts als het juist gaat om ‘het verstaan’ van wat er is, als het gaat om acceptatie van de niet-maakbare aspecten van het

¹¹⁶ Mooren, J.H.M., *Geestelijke verzorging en psychotherapie* (Utrecht 2008).

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ *Ibidem*.

¹¹⁹ *Ibidem*.

¹²⁰ Walton, M., *Hoe waait de wind?* (Tilburg 2014)

¹²¹ VGVZ, *Beroepstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen* (2002, aangepast in 2010).

¹²² Roest, H. de, ‘Theodicee in de Nederlandse praktische theologie’, in: *Nederlands Theologisch Tijdschrift* 58 (2004) 254-272.

leven, als het gaat om gekend te worden in het lijden en in de diepste emoties. Het gaat erom dat de geestelijk verzorger durft te verdragen wat niet kan en blijft bij wat niet goed komt, zoals leegte, pijn, verdriet en zinloosheid.¹²³ Muthert geeft aan dat de geestelijk verzorger dient als ‘container’¹²⁴ voor hetgeen onverdraaglijk is (‘het containt’), waardoor er voor de ander ruimte ontstaat om het te kunnen hanteren en betekenis te kunnen geven (zie ook paragraaf 4.5). Indien, in de interactie met de geestelijk verzorger, woorden worden gegeven aan bijvoorbeeld een verlies, komt dit verlies (door het geven van de woorden zelf) in een ander perspectief te staan (betekenisconstructie). Volgens Muthert kan de combinatie van *containment* en verbeelding (al of niet in relatie met levensbeschouwelijke bronnen) in geestelijke begeleiding cliënten helpen om hun wereld te herzien.¹²⁵ Dit maakt dat iemand zich opnieuw kan gaan verhouden, tot wat hem/haar is overkomen of overkomt.

Uit het bovenstaande blijkt dat de geestelijk verzorger in de begeleiding van patiënten vaak een niet-oplossingsgerichte benadering hanteert en daarmee het geestelijk welbevinden beoogt (maar paradoxaal genoeg en noodzakelijkerwijs deze niet expliciet als doel stelt). Dit wordt bevestigd doordat een open houding door geestelijk verzorgers belangrijker wordt geacht dan een specifiek methodisch referentiekader.¹²⁶ Volgens De Roy zorgt het eigene van het beroep (de gerichtheid op: een empathische houding, het perspectief van de patiënt en betekenisconstructie) ervoor, dat geestelijke verzorging maar gedeeltelijk kan voldoen aan de wens tot systematisering.¹²⁷

4.1.4 Methoden van geestelijke verzorging

De algemene beschrijving van geestelijke verzorging in de voorgaande drie paragrafen geeft inzicht in wat de geestelijk verzorger doet. Inzicht hierin is van belang om te kunnen bepalen in hoeverre geestelijk verzorgers gebruik maken van MBT en in hoeverre MBT kan dienen als een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. Om dit te kunnen bepalen wordt deze algemene beschrijving van geestelijke verzorging in hoofdstuk vijf vergeleken met MBT. Om een meer gedetailleerde vergelijking te kunnen maken, wordt deze algemene beschrijving aangevuld met een aantal vigerende methoden van geestelijke verzorging. Het gaat om de hermeneutische benadering, de narratieve benadering, de presentiebenadering, en (een deel van) de objectrelatie theorie volgens Ogden. De keuze voor de eerste twee methoden wordt gemotiveerd doordat een combinatie van de hermeneutische en narratieve benadering momenteel als dominant wordt gezien in het pastoraat.¹²⁸ Voor de presentiebenadering is gekozen omdat geestelijk verzorgers vaak aangeven vanuit presentie te werken en omdat present zijn als doel van de geestelijke verzorging in de beroepscode is gedefinieerd. De objectrelatie theorie van Ogden is geen methode van geestelijke verzorging, maar een theorie vanuit een godsdienstpsychologische en psychodynamische invalshoek. Deze theorie is echter interessant omdat deze inzicht kan geven in de ontwikkeling van het vermogen tot betekenisgeving in de interactie die plaats vindt tussen geestelijk verzorgers en patiënten. In de volgende paragrafen in dit hoofdstuk worden deze methoden besproken, teneinde ze te kunnen vergelijken met MBT in hoofdstuk vijf.

¹²³ <http://www.andriesbaart.nl/presentie/>, website Andries Baart, 14 mei 2015.

¹²⁴ Bion, W.R., *Learning from experience* (London 1962).

¹²⁵ Muthert, H., *Verlies & verlangen. Verliesverwerking bij schizofrenie* (Assen 2007).

¹²⁶ Roy, A. de et al., *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg* (Utrecht 1997).

¹²⁷ Ibidem.

¹²⁸ Zock, H., *Niet van deze wereld?* (Tilburg 2007) 26.

4.2 Hermeneutische benadering

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de hermeneutische competentie van de geestelijk verzorger en op hermeneutiek als methode van geestelijke verzorging. Zock geeft aan dat geestelijk verzorgers in hun begeleiding uitgaan van het levensverhaal van de patiënt, of liever: van de verschillende verhalen die de patiënt tijdens een begeleiding vertelt over hoe deze zijn of haar leven beleeft en betekenis geeft. Zock concludeert, op basis van meerdere bronnen, dat deze narratieve, hermeneutische benadering momenteel dominant is in het pastoraat (op het narratieve aspect van deze benadering wordt specifiek verder ingegaan in paragraaf 4.3). Zock stelt dan ook dat het voor geestelijk verzorgers noodzakelijk is dat deze hermeneutische competenties hebben.¹²⁹ Ook Walton stelt dat hermeneutische vaardigheden over het algemeen als centraal voor de beroepsgroep worden gezien.¹³⁰

De beroepscode stelt dat, naast deze hermeneutische competentie, geestelijke verzorging ook plaatsvindt op basis van een diagnostische en therapeutische competentie. De therapeutische competentie bestaat uit het aanreiken van de juiste rituelen, gebeden, religieuze en levensbeschouwelijke teksten en gespreksinhouden op basis van de levensbeschouwelijke traditie van de patiënt om te komen tot heling van het zingevingsproces, bijvoorbeeld door verzoening (met het eigen leven, met anderen, met de ziekte, met eindigheid, met God).¹³¹ Een dergelijke interventie is echter alleen mogelijk op basis van een levensbeschouwelijke diagnose of analyse, welke gelijktijdig aan de orde is in het hermeneutische proces, waarin de geestelijk verzorger de ander probeert te verstaan. Dit maakt dat diagnostiek en hermeneutiek samenvallen. Volgens de beroepscode is de diagnostische en hermeneutische competentie het vermogen om de ervaringen rond ziekte, lijden, invaliditeit, afhankelijkheid en eindigheid te interpreteren in het licht van het levensbeschouwelijk referentiekader van de patiënt. Dit door verbinding te leggen tussen de situatie waar de patiënt zich in bevindt en diens levensbeschouwelijke traditie.¹³² In de interactie met de geestelijk verzorger kan een zelfdiagnose plaats vinden, die orde schept voor de hulpvrager en het mogelijk maakt dat de hulpvrager hierin verstaan wordt. Het gebruik van het woord diagnostiek, en de eventueel daarop volgende interventie om te komen tot ‘heling van het zingevingsproces’, kan overigens de indruk wekken dat het ‘helende’ pas enkel na de diagnostiek plaats vindt. De hermeneutiek/diagnose is echter een belangrijk onderdeel van het ‘helende’ proces, niet alleen omdat dit orde schept (betekenis / een bepaald perspectief), maar vooral omdat de hulpvrager in zijn nood kan worden verstaan en hierin erkend/gekend kan worden als mens. Dit proces lijkt bovendien noodzakelijk, om voldoende ruimte te ervaren om überhaupt (nieuwe) betekenis of zin te kunnen geven/vinden en dingen vanuit een ander perspectief te kunnen zien (zie ook de ‘depressieve positie’ in paragraaf 4.5). Het sluit aan bij de niet-oplossingsgerichte benadering zoals beschreven in paragraaf 4.1.3. Zock benadrukt dat men bij het hanteren van hermeneutische methoden gericht is op de individuele beleving en betekenisgeving en niet doel- en planmatig werkt vanuit een medisch behandelmodel.¹³³

Zoals blijkt uit paragraaf 4.1.3 ziet Mooren het hermeneutische proces als het zoeken naar betekenis en het verstaan van de naaste. Gerkin omschrijft hermeneutiek (als analogie aan de interpretatie van teksten) als het begrijpen van de taal over hoe de innerlijke ervaringswereld (van iemand) verbonden is met externe gebeurtenissen. Het gaat om de interpretatie van de ervaringswereld, die zelf een interpretatie is van de gebeurtenissen en

¹²⁹ Zock, H., *Niet van deze wereld?* (Tilburg 2007) 25.

¹³⁰ Walton, M., ‘Verhalenderwijs. Gedachten over het vak geestelijke verzorging’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 9 (2006) 34-40.

¹³¹ VGVZ, *Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen* (2002, aangepast in 2010).

¹³² *Ibidem*.

¹³³ Zock, H., *Niet van deze wereld?* (Tilburg 2007) 26.

relaties in het leven.¹³⁴ Hierbij wordt een gebeurtenis pas een ervaring voor ons (als mens), als er taal en daarmee betekenis aan gekoppeld is.

Het toepassen van hermeneutiek op 'human living documents' is volgens Gerkin (en Boisen die hij aanhaalt) van belang om de diepte van de ervaringen van mensen in de worstelingen van hun mentale en spirituele leven daadwerkelijk te kennen. Vanwege onze standplaatsgebondenheid als mens (en als geestelijk verzorger) is het echter maar gedeeltelijk mogelijk de ander 'te kennen'. Het gaat daarom, volgens Gerkin, om een intersubjectieve fusie of samensmelting van horizonnen (die van geestelijk verzorger en patiënt), met een gedeelde betekenis en begrip. In deze ontmoeting kan iets wezenlijk nieuws ontstaan dat de betekenis, voor zowel de interpretator als het object van interpretatie, fundamenteel kan veranderen. In het benoemen en duiden van ervaringen in het hermeneutisch proces, waarin men samen betrokken is, kunnen zich dus nieuwe betekenissen en perspectieven ontfouwen.

4.3 Narratieve benadering

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de narratieve benadering of methode toegepast binnen geestelijke verzorging. Zoals reeds aangegeven in paragraaf 4.2 gaan geestelijk verzorgers in hun begeleiding uit van het levensverhaal van de patiënt, of liever: van de verschillende verhalen die de patiënt tijdens een begeleiding vertelt over hoe deze zijn of haar leven beleeft en betekenis geeft.¹³⁵ Zock concludeert daarbij dat deze narratieve, hermeneutische benadering momenteel dominant is in het pastoraat (het hermeneutische aspect van deze benadering is reeds besproken in paragraaf 4.2).¹³⁶

Vanuit het narratief paradigma heeft het levensverhaal alles te maken met wie je bent, wat je vertelt en belichaamt, wat nauw samenhangt met persoonlijke zingevingsprocessen. Het narratief paradigma past binnen het opgekomen pluralisme, waarin steeds meer van het individu wordt gevraagd, ook om zich te positioneren ten opzichte van zijn omgeving. Er heeft een verschuiving plaats gevonden van de grote verhalen (die niet langer als een algemeen fundament dienen) naar de kleine verhalen. Een verschuiving van de collectieve mythe naar de persoonlijke mythe, de zingevende grondslag voor het eigen bestaan, die zelf geconstrueerd moet worden en dus niet vanzelfsprekend is. De mens geeft dus zelf betekenis.

Indien betekenisgeving niet vanzelfsprekend is of als deze verstoord is (een breuk in het levensverhaal, zie ook paragraaf 4.1.2) kan de geestelijk verzorger zichzelf aanbieden en kan in interactie (nieuwe) betekenisconstructie ontstaan. Volgens Van Schrojenstein Lantman (2007) is de geestelijk verzorger hierbij een ondersteuner (in het traject van behandeling en zorg), door het professioneel luisteren en exploreren van het levensverhaal en de levensbronnen daarin. De communicatieve strategie van de geestelijk verzorger is daarbij gericht op de zelfexpressie van de patiënt. De ander wordt in zijn authenticiteit herkend en bevestigd, niet alleen als mens onder de mensen, maar ook als een waardevol mens.¹³⁷ Hierin lijken hermeneutiek (zie ook paragraaf 4.2) en betekenisgeving (doormiddel van constructie van het levensverhaal) samen te vallen. Het vertellen zelf (van het (levens)verhaal van de patiënt) is hierbij al een proces van betekenisreconstructie.

Bohlmeijer (2007) wijst erop dat herinneringen de bouwstenen vormen van persoonlijke levensverhalen. Volgens Bohlmeijer is iedere mens zich in zekere mate voortdurend bewust van zijn eigen biografie en zijn we in staat een route te schetsen van plaatsen en gebeurtenissen waarlangs we gekomen zijn. Deze route is gemarkeerd met een aantal mijlpalen, hoogtepunten en dieptepunten. Ons levensverhaal biedt een verklaring voor

¹³⁴ Gerkin, C.H., *The Living Human Document. Revisioning Pastoral Care in a Hermeneutical Mode* (Nashville 1984) 40.

¹³⁵ Zock, H., *Niet van deze wereld?* (Tilburg 2007) 25.

¹³⁶ *Ibidem*.

¹³⁷ Schrojenstein Lantman, R. van, *Levensverhalen in het ziekteproces*. (Dwingeloo 2007).

wie we nu zijn en bevat meestal een notie van een bestemming. Bohlmeijer stelt dat iemand zonder levensverhaal geen identiteit heeft en ziet identiteit als de capaciteit om een bepaald narratief gaande te houden. Volgens Bohlmeijer zijn levensverhalen reconstructies. We stellen ze steeds weer bij en leggen andere accenten. Ze groeien met ons mee en worden getransformeerd door ervaringen.¹³⁸

Zoals reeds hierboven benoemd (en in paragraaf 4.1.2 uitgebreid besproken) valt ons levensverhaal soms in duigen en fragmenten, bijvoorbeeld wanneer we geconfronteerd worden met ziekte. Onze biografie is dan verstoord en we hebben tijd nodig om op verhaal te komen. Wanneer een dergelijk verhaal ontbreekt, ontstaan gevoelens van vervreemding en zinloosheid en deze gevoelens leiden tot ondermijning van ons welbevinden en gezondheid.¹³⁹ Bohlmeijer wijst hier op de relatie tussen levensverhaal en gezondheid en benadrukt (evenals Lantman) het belang van zelfexpressie. Door het omzetten van emoties en beleving in woorden en taal ontstaat begrip van wat ons overkomt, wat een positieve uitwerking heeft op het geestelijk welbevinden.

4.4 Presentiebenadering

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de presentiebenadering, zoals die onder andere door Andries Baart wordt beschreven in zijn presentietheorie. Zoals reeds blijkt uit paragraaf 4.1.3 wordt (volgens de beroepscode) met geestelijke verzorging het geestelijk welbevinden beoogd, waarbij het ‘aandachtig en liefdevol present zijn bij en begeleiden van de processen van zingeving en spiritualiteit’ een doel op zich is. De presentiebenadering is een door geestelijk verzorgers gebruikte methode die bij dit doel lijkt aan te sluiten. In de praktijk wordt de presentiebenadering vaak gecombineerd met andere benaderingen, zoals de hermeneutische (paragraaf 4.2) of narratieve (paragraaf 4.3) benadering of het dienen als ‘container’ (paragraaf 4.5). Zo kan een narratieve, hermeneutische benadering bijvoorbeeld plaatsvinden op basis van presentie.

Volgens Baart wordt in de presentiebeoefening gestreefd naar ‘er zijn met’ en ‘er zijn voor’ de behoeftige ander, die aangewezen is op hulp en steun. Dit geschiedt allereerst door het tot stand brengen van aansluiting bij en afstemming op de leefwereld van de ander. Vaak wordt presentie gekenmerkt door een voorzichtige en aandachtige traagheid van werken, waarbij presentie durft te verdragen wat niet kan en blijft bij wat niet goed komt (‘latende modus’).¹⁴⁰ Door de ander onvoorwaardelijk te accepteren kan er zo ruimte ontstaan voor wat zich niet laat maken of afdwingen.¹⁴¹ De presentiebenadering onderscheidt zich dus bewust van het dominante oplossingsgerichte (en probleem gefocuste) discours. De zorgrelatie wordt hier, vanuit een zorgethische benadering, niet gezien als een middel, maar als een doel in zichzelf. Het gaat bij de opvatting over ‘goede zorg’ in de eerste plaats niet om problemen op te lossen, resultaten te behalen of zo efficiënt mogelijk te werken, maar om de cliënten erkenning te geven in wat zij meemaken, hen te waarderen om wie ze zijn en hen het gevoel te geven dat ze de moeite waard zijn.¹⁴²

Volgens Baart heeft de presentiebenadering de volgende kenmerken: beweging plaats en tijd, ruimte en begrenzing, aansluiting, afstemming en openheid, en betekenis. Deze kenmerken worden hieronder kort toegelicht. De basisbeweging van de presentiebeoefenaar is naar de mensen toe in plaats van omgekeerd en het ritme van werken is afgestemd op het leefritme van de ander (soms traag, soms razendsnel en urgent, soms repetitief, vaak instabiel

¹³⁸ Bohlmeijer, E., Lausanne, M., Westerhof, G., *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk* (Houten 2007) 29-60.

¹³⁹ Ibidem.

¹⁴⁰ <http://www.andriesbaart.nl/presentie/>, Andries Baart, 14 mei 2015.

¹⁴¹ Ibidem.

¹⁴² Baart, A., Grypdonck, M., *Verpleegkunde en presentie* (Den Haag 2008).

en redelijk onvoorspelbaar), waarbij het vaak gaat om langdurige contacten. De presentiebeoefenaar is niet louter aanspreekbaar op één type probleem of hulpvraag en de aanspreekbaarheid is niet verbonden aan voorwaarden (de presentiebeoefenaar is er onvoorwaardelijk). Daarbij wordt er aangesloten bij de leefwereld en levensloop van de betrokkenen. De presentiebeoefenaar deelt in het leven van de betrokkenen, waarbij (niet het oplossen van problemen maar) het vinden van een bevredigende houding tot het leven voorop staat. Aandacht voor het verhalende (levensverhaal) is hierbij van belang omdat juist het verhalende betekenis geeft. Doelen liggen niet (van te voren) vast, de presentiebeoefenaar heeft een ‘open agenda’ die de ander mag invullen. De houding naar de ander is eveneens een open houding van: niet-weten, je laten verrassen en niet-oordelen. Daarbij is het van belang om als presentiebeoefenaar de betekenissen tot je te laten doordringen, waarbij je als professional geraakt kunt worden. Het laatste kenmerk ‘betekenis’ betreft dat iemand niet wordt afgewezen, maar juist erkend wordt. Dat iemand wordt gezien en meetelt.¹⁴³

4.5 Ogden en betekenisgeving

In deze paragraaf wordt kort ingegaan op het psychologisch ontwikkelingsproces dat Ogden beschrijft, dat van belang is voor het vermogen tot betekenisgeving en zingeving.

Vanuit de moderne psychoanalyse bespreekt Ogden de objectrelatie theorie van Klein, die bij een mens drie fases van ontwikkeling onderscheidt: de autistisch contigue positie, de paranoïde-schizoïde positie en de depressieve positie. Deze posities zijn tevens ‘psychologische staten van zijn’, die gedurende het leven blijven bestaan.¹⁴⁴ In de onderstaande beschrijving wordt nader ingegaan op de paranoïde-schizoïde positie en de depressieve positie en hoe in interactie (tussen geestelijk verzorgers en patiënten) gekomen kan worden tot een vermogen om betekenis te geven.

De paranoïde-schizoïde positie is een ontwikkelingsfase, waarin het zelf alleen als object bestaat. Er bestaat dus nog geen interpreterend subject met een persoonlijke geschiedenis. Hierdoor zijn gedachtes en gevoelens geen persoonlijke creaties maar ‘events’ die gebeuren. In de paranoïde-schizoïde positie is ‘splitsing’ een defensiemechanisme tegen doodsangst, maar zo suggereert Ogden, mogelijk ook een reactie op het verbreken van de primitieve verbondenheid met de moeder. Tevens wordt ‘splitsing’ gezien als een manier om ervaringen te ordenen in verschillende categorieën, zoals: plezierig en onplezierig, gevaar en veiligheid, honger en bevrediging. Reacties gebeuren vanuit deze positie relatief automatisch, omdat er geen interpreterend subject is dat een onderscheid maakt tussen de perceptie (van bijvoorbeeld angst) en de reactie (daarop). In de paranoïde positie is er dus geen onderscheid tussen de ervaring en degene die ervaart en er is geen vermogen om betekenis aan een perceptie toe te schrijven, gebeurtenissen zijn wat ze zijn.¹⁴⁵

Door biologische ontwikkeling en een inter-persoonlijk proces van projectieve identificatie (waarbij de ander niet aan de projectie gebonden wordt, maar deze kan verdragen) is het voor een mens (baby) mogelijk om over te gaan naar de depressieve positie. In de depressieve positie is er sprake van de ontwikkeling van een subject (‘ik’) ten opzichte van de omgeving, waarbij dit subject een eigen geschiedenis heeft. Het subject is nu in staat om gevoelens als verlies, schuld, verdriet, spijt, compassie en empathie te ervaren. In deze positie ontstaat de subjectieve menselijkheid met de potentie om vrije keuzes te maken.¹⁴⁶ In de depressieve positie is er dus sprake van een subject, dat betekenis kan geven aan wat hem of haar overkomt (en dus in staat is tot reflectie) en verbinding kan ervaren. De depressieve

¹⁴³ Baart, A., Grypdonck, M., *Verpleegkunde en presentie* (Den Haag 2008).

¹⁴⁴ Ogden, T.H., *The Matrix of the Mind. Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue* (London 1986).

¹⁴⁵ Ibidem.

¹⁴⁶ Ibidem 99.

positie staat echter niet los van de paranoïde-schizoïde: het opereren in de depressieve positie veronderstelt altijd het simultaan opereren in de paranoïde positie.¹⁴⁷

Zoals hierboven benoemd zijn de twee posities ‘psychologische staten van zijn’, die gedurende het leven blijven bestaan. Een (voor het betreffende individu) ingrijpende gebeurtenis, zoals een verlies, kan ervoor zorgen dat iemand zich (tijdelijk) in de paranoïde-schizoïde bevindt. Doordat de geestelijk verzorger het onverdraaglijke kan verdragen biedt dit een mogelijkheid dat de ander kan ‘bewegen’ van de paranoïde-schizoïde positie naar de depressieve positie. In andere woorden: de geestelijk verzorger dient als ‘container’¹⁴⁸ voor hetgeen onverdraaglijk is (‘het containt’), waardoor er voor de ander ruimte ontstaat om het te kunnen hanteren en betekenis te kunnen geven (zie ook paragraaf 4.1.3.). Om als ‘container’ te kunnen dienen moet de geestelijk verzorger overigens zelf ‘ruimte’ hebben, oftewel zelf ook in de depressieve positie verkeren.

Zoals blijkt uit paragraaf 4.1.1 gaat het in spiritualiteit en zinervaring/zingeving om een diepere betekenislaag die raakt aan de levensbeschouwing, waarbij juist betekenisgeving van belang is voor ervaringen van zin (zoals ook blijkt uit de zingevingdefinitie van de VGVZ). In die zin is de theorie van Ogden dus van belang voor geestelijke verzorging. De depressieve positie biedt de patiënt ruimte waarin betekenis kan ontstaan, terwijl er in een homogeen veld (paranoïde-schizoïde positie) geen betekenis kan zijn. Oftewel, in de depressieve positie is er sprake van een vermogen tot betekenisgeving, waarbij het gebeurde in een ander licht kan komen te staan. De ontwikkeling van dit vermogen tot betekenisgeving vindt daarbij plaats in interactie, bijvoorbeeld tussen geestelijk verzorgers en patiënten.

4.6 Conclusies

In dit hoofdstuk is onderzocht wat de geestelijk verzorger doet, aan de hand van de beroepscode en een aantal vigerende methoden: hermeneutische benadering, narratieve benadering, presentiebenadering, en (een deel van) de objectrelatie theorie volgens Ogden. Dit is van belang om een beeld te kunnen vormen van in hoeverre de geestelijk verzorger gebruik maakt van MBT en in hoeverre MBT kan dienen als onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. Om dit te kunnen bepalen zullen de resultaten uit dit hoofdstuk, in hoofdstuk vijf, worden vergeleken met MBT.

In de patiëntenzorg door geestelijk verzorgers gaat het om de begeleiding en hulpverlening aan mensen bij hun zingeving en spiritualiteit, op basis van de levensbeschouwing. Zingeving wordt hierbij omschreven als het continue proces waarin ieder mens, in interactie met zijn omgeving, betekenis geeft aan het (eigen) leven en het begrip spiritualiteit verwijst naar processen van innerlijke omvorming.¹⁴⁹ In beide gevallen gaat het om een diepere betekenislaag die raakt aan de levensbeschouwing, om het geven of vinden van betekenis bij vragen rond leven, ziekte, lijden en dood, om wat werkelijk van belang is en het leven de moeite waard maakt. Het gaat om fundamentele bestaansoriëntaties, waarbij de mens ‘speelt’ met verbeelding, en zingeving het resultaat is van dit spel van verbeelding.¹⁵⁰ Als een persoonlijke situatie om zin of betekenis vraagt, dan kan dit ‘spel van verbeelding’ (in interactie met de geestelijk verzorger) soms weer op gang worden gebracht en daarmee het proces waarin mensen betekenis geven aan het (eigen) leven. In zorginstellingen lijkt dit van belang, doordat daar veel ervaringen in het teken staan van ziek zijn, beperkingen, afhankelijkheid, kwetsbaarheid en eindigheid.¹⁵¹ Het zingevingproces van mensen kan

¹⁴⁷ Ogden, T.H., *The Matrix of the Mind. Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue* (London 1986) 69.

¹⁴⁸ Bion, W.R., *Learning from experience* (London 1962).

¹⁴⁹ VGVZ, *Beroepstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen* (2002, aangepast in 2010).

¹⁵⁰ Loenen, G. van, *Voor de geest staan. Zorg voor zingeving als taak van de geestelijke verzorging* (Tilburg 2005).

¹⁵¹ Muthert, H., *Verlies & verlangen. Verliesverwerking bij schizofrenie* (Assen 2007).

daarom juist daar in beweging zijn, waarbij mensen anderen nodig hebben om verstaan te worden en zich tot de nieuwe situatie te kunnen verhouden.¹⁵²

Het blijkt dat de geestelijk verzorger in de begeleiding van patiënten vaak een niet-oplossingsgerichte benadering hanteert en daarmee het geestelijk welbevinden beoogt. Het gaat om het ‘aandachtig en liefdevol present zijn bij en begeleiden van de processen van zingeving en spiritualiteit’.¹⁵³ De gerichtheid is niet gefocust op het oplossen van het probleem of ziekte, maar kan gezien worden als een hermeneutisch proces, als het zoeken naar betekenis, naar het verstaan van de naaste.¹⁵⁴ Het gaat er om dat de geestelijk verzorger durft te verdragen wat niet kan en blijft bij wat niet goed komt.¹⁵⁵ De geestelijk verzorger dient dan als ‘container’ voor hetgeen onverdraaglijk is, waardoor er voor de ander ruimte kan ontstaan om het te kunnen hanteren en betekenis te kunnen geven. Indien, in de interactie met de geestelijk verzorger, woorden worden gegeven aan bijvoorbeeld een verlies, komt dit verlies (door het geven van de woorden zelf) in een ander perspectief te staan (betekenisconstructie). De combinatie van *containment* en verbeelding (al of niet in relatie met levensbeschouwelijke bronnen) kan patiënten helpen om hun wereld te herzien.¹⁵⁶ De levensbeschouwing kan hierbij helpen richting te geven, omdat deze een betekenskader biedt (bijvoorbeeld in metaforen, verhalen en rituelen), waaraan betekenis kan worden ontleend. Het eigene van het beroep (de gerichtheid op een empathische houding, het perspectief van de patiënt en betekenisconstructie) zorgt ervoor dat geestelijke verzorging (evenals MBT) maar gedeeltelijk kan voldoen aan de wens tot systematisering.¹⁵⁷

In de hermeneutische benadering staat het verstaan van de naaste centraal. Het toepassen van hermeneutiek is van belang om de diepte van de ervaringen van mensen in de worsteling van hun mentale en spirituele leven daadwerkelijk te kennen. Het gaat daarbij om een intersubjectieve samensmelting van horizonnen (die van geestelijk verzorger en patiënt), met een gedeelde betekenis en begrip. In deze ontmoeting kunnen zich nieuwe betekenissen en perspectieven ontvouwen.¹⁵⁸

In de narratieve benadering kan in het luisteren en exploreren van het levensverhaal nieuwe betekenis ontstaan. Het vertellen zelf (van het levensverhaal van de patiënt) is hierbij al een proces van betekenisconstructie. Dit kan van groot belang zijn, als door een ingrijpende levensgebeurtenis een dergelijke verhaal onderbroken wordt (zeker als men identiteit ziet als de capaciteit om een bepaald narratief gaande te houden). Door het omzetten van emoties en beleving in woorden en taal (zelfexpressie), ontstaat begrip van wat ons overkomt, wat een positieve uitwerking heeft op het geestelijk welbevinden.¹⁵⁹

In de presentiebenadering wordt er gestreefd naar ‘er zijn met’ en ‘er zijn voor’ de behoeftige ander. Dit geschiedt allereerst door het tot stand brengen van aansluiting bij en afstemming op de leefwereld van de ander. Vaak wordt presentie gekenmerkt door een voorzichtige en aandachtige traagheid van werken, waarbij presentie durft te verdragen wat niet kan en blijft bij wat niet goed komt (‘latende modus’). Door de ander onvoorwaardelijk te accepteren kan er zo ruimte ontstaan voor wat zich niet laat maken of afdwingen. De houding van de presentiebeoefenaar is een open houding van: niet-weten en niet-oordelen.¹⁶⁰

¹⁵² Schrojenstein Lantman, R. van, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007) 19-30.

¹⁵³ VGVZ, *Beroepstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen* (2002, aangepast in 2010).

¹⁵⁴ Mooren, J.H.M., *Geestelijke verzorging en psychotherapie* (Utrecht 2008).

¹⁵⁵ <http://www.andriesbaart.nl/presentie/>, website Andries Baart, 14 mei 2015.

¹⁵⁶ Muthert, H., *Verlies & verlangen. Verliesverwerking bij schizofrenie* (Assen 2007).

¹⁵⁷ Roy, A. de et al., *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg* (Utrecht 1997).

¹⁵⁸ Gerkin, C.H., *The Living Human Document. Revisioning Pastoral Care in a Hermeneutical Mode* (Nashville 1984) 40.

¹⁵⁹ Bohlmeijer, E., Lausanne, M., Westerhof, G., *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk* (Houten 2007) 29-60.

¹⁶⁰ Baart, A., Grypdonck, M., *Verpleegkunde en presentie* (Den Haag 2008).

Vanuit de objectrelatie theorie van Ogden zijn twee ‘psychologische staten van zijn’ besproken: de paranoïde-schizoïde positie en de depressieve positie. In de paranoïde-schizoïde positie zijn gebeurtenissen wat ze zijn en is er geen ruimte voor ambivalentie. In de depressieve positie is er sprake van een vermogen tot betekenisgeving.¹⁶¹ Een ingrijpende gebeurtenis kan ervoor zorgen dat iemand zich (tijdelijk) in de paranoïde-schizoïde positie bevindt. Doordat de geestelijk verzorger het ‘onverdraaglijke’ kan verdragen biedt dit een mogelijkheid dat de ander kan ‘bewegen’ naar de depressieve positie, waarna het gebeurde in een ander licht kan komen te staan.

¹⁶¹ Ogden, T.H., *The Matrix of the Mind. Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue* (London 1986).

5. Geestelijke verzorging en MBT

In dit hoofdstuk wordt mentaliseren en *Mentalization Based Treatment* (zoals beschreven in hoofdstuk twee en drie) vergeleken met geestelijke verzorging, zoals dat in hoofdstuk vier beschreven is op basis van de beroepscode van de VGVZ, de hermeneutische, narratieve en presentie benadering en de objectrelatietheorie volgens Ogden. Deze vergelijking geeft inzicht in hoeverre de geestelijke verzorger (al dan niet bewust) gebruik maakt van mentaliserende technieken en in hoeverre MBT kan dienen als onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet.

In paragraaf 5.1 vindt een vergelijking plaats tussen MBT en de algemene beschrijving van geestelijke verzorging, zoals deze in paragraaf 4.1 beschreven is aan de hand van de beroepscode van de VGVZ. In paragraaf 5.2 wordt nader ingegaan op de overeenkomsten en verschillen tussen MBT en respectievelijk de hermeneutische, narratieve en presentie benadering en de objectrelatietheorie volgens Ogden. Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 ter illustratie een casus besproken uit de eigen geestelijke verzorging praktijk aan de hand van de presentie benadering, de objectrelatietheorie volgens Ogden en MBT. Tot slot worden de belangrijkste conclusies uit dit hoofdstuk samengevat in paragraaf 5.4.

5.1 Geestelijke verzorging en *Mentalization Based Treatment*

In de vergelijking tussen MBT en geestelijke verzorging valt op dat er een groot verschil is in doel en context. Het primaire doel van MBT is het bevorderen van het mentaliserend vermogen, waarbij MBT (zoals door Allen et al. beschreven) wordt toegepast binnen een context van psychotherapie. In deze ‘klinische praktijk’ hebben Allen et al. hierbij vooral oog voor het bewerkstelligen van behandoelen omtrent het psychisch functioneren (zoals relaties kunnen aangaan, versterking van het zelf als agens, het zelfgevoel versterken of affectregulatie). Volgens Allen et al. is het de bedoeling om geleidelijk te komen tot het exploreren en uitwerken van veelzijdige representaties van het zelf, van anderen en relaties – inclusief de therapierelatie en daarbij te doorgronden hoe interpersoonlijke interacties gerelateerd zijn aan eigen mentale toestanden.¹⁶² Binnen MBT heeft de therapeut dus een duidelijke agenda en een gerichtheid op het bewerkstelligen van behandoelen omtrent het psychisch functioneren. Hier zit binnen MBT een grote paradox, omdat deze oplossingsgerichtheid de mentaliserende (niet-wetende) houding van de therapeut en (daarmee) het mentaliseren van de patiënt juist kan ondermijnen, terwijl deze mentaliserende houding juist de essentie vormt van (de effectiviteit) van MBT.¹⁶³ De psychotherapeutische context kan dus beperkend zijn om te komen tot mentaliseren: het ontwikkelen van rijke representaties, gegronde verbeelding en het vormen van een betekenisvol verhaal.¹⁶⁴ In de context van geestelijke verzorging staat juist deze betekenisgeving centraal, waarbij er een verband is tussen betekenisgeving en zingeving. Zo wordt de centrale term zingeving in de beroepscode omschreven als het continue proces waarin ieder mens, in interactie met de eigen omgeving, betekenis geeft aan het (eigen) leven.¹⁶⁵ Geestelijke verzorging kan hierbij gezien worden als een hermeneutisch proces, waarin het verstaan van de naaste en het vinden van betekenis centraal staat.¹⁶⁶ Naast een verschil in context betekent deze vaak niet-oplossingsgerichte benadering ook een verschil in doel(gerichtheid) ten opzichte van de

¹⁶² Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

¹⁶³ Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

¹⁶⁴ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

¹⁶⁵ VGVZ, *Beroepstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen*, (2002, aangepast in 2010)

¹⁶⁶ Mooren, J.H.M., *Geestelijke verzorging en psychotherapie* (Utrecht 2008).

psychotherapeutische context. Het gaat erom dat de geestelijk verzorger durft te verdragen wat niet meer kan en blijft bij wat niet goed komt, waardoor er ruimte kan ontstaan om het te kunnen hanteren en betekenis te geven.¹⁶⁷ Een mentaliserende houding lijkt bij uitstek te passen bij deze niet-oplossingsgerichte benadering van de geestelijke verzorger (wat verderop in deze paragraaf nader wordt toegelicht). In dit geval maakt de geestelijk verzorger dus wel gebruik van een mentaliserende houding, alleen in een andere context en vanuit een andere doelgerichtheid. De mentaliserende houding (die een onderdeel vormt van MBT) kan dan ook als onderbouwing en als methode dienen voor geestelijke verzorging. Hierbij is het overigens wel de vraag welke ‘agenda’ de geestelijk verzorger in de praktijk heeft (bijvoorbeeld aan de hand van ideeën over wat een ‘goed’ gesprek is) en of deze zich hiervan bewust is. Met andere woorden: is deze zich bewust van het zelfreprecenterend karakter van de eigen ideeën en kan deze daarmee de mentaliserende houding handhaven.

Door het verschil in context tussen MBT en geestelijke verzorging zijn er verschillen in het object van mentaliseren en in het al dan niet actief aansturen op bepaalde affecten (en het mentaliseren daarvan) binnen de relatie. Doordat geestelijke verzorger gericht is op het hermeneutische proces, waarin het verstaan van de naaste en het vinden van betekenis centraal staat, is deze niet specifiek gericht op het mentaliseren van de patiënt over anderen en relaties. Vanwege de doelgerichtheid in de psychotherapeutische context is MBT hier soms wel specifiek op gericht, bijvoorbeeld om te doorgronden hoe interpersoonlijke interacties gerelateerd zijn aan eigen mentale toestanden. Daarnaast kan men in de psychotherapeutische context specifiek aansturen op bepaalde affecten binnen de relatie, om een groter mentaliserend vermogen te ontwikkelen in het kader van uitdagingen en bedreigingen van veilige gehechtheid.¹⁶⁸ Deze gerichtheid kan een mentaliserende houding echter ondermijnen. Indien deze gerichtheid als onderdeel wordt gezien van MBT dan lijkt MBT breder te zijn dan enkel het aannemen en handhaven van een mentaliserende houding. De geestelijk verzorger lijkt idealiter wel gebruik te maken van een mentaliserende houding (zoals in het vervolg van deze paragraaf nader wordt toegelicht), maar niet specifiek van de gerichtheid op het mentaliseren over anderen en relaties in het kader van klinische behandeldoelen. Tevens lijkt de geestelijk verzorger niet specifiek gericht op het aansturen (en mentaliseren) van bepaalde affecten in de relatie zelf (ten behoeve van de realisatie van behandeldoelen).

Zoals blijkt uit hoofdstuk drie manifesteert de essentie van MBT zich in de attitude van de therapeut ten opzichte van het proces en niet in bepaalde technieken. Het gaat om het handhaven van een mentaliserende houding, waarbij de therapeut de mentale toestand van de patiënt zo goed mogelijk probeert aan te voelen en te begrijpen, met als doel dat deze zelf gaat mentaliseren (representaties vormen van mentale toestanden). Het betekent dat er gestreefd wordt naar een open, weetgierige, nieuwsgierige, niet-wetende houding, wat tolerantie voor ambiguïteit en onzekerheid van de therapeut vergt.¹⁶⁹ Dit lijkt aan te sluiten bij, de vaak gehanteerde, niet-oplossingsgerichte benadering van de geestelijk verzorger in het hermeneutische proces van het verstaan van de ander en het vinden van betekenis. Met andere woorden: het lijkt erop dat de geestelijk verzorger hierin gebruik maakt van een mentaliserende houding. Dit wordt versterkt door omschrijvingen van het eigene van het beroep als: gericht op een empathische houding (volgens Allen et al. ‘de hoeksteen van mentaliseren), het perspectief van de patiënt (het *mind in mind* hebben van de ander) en betekenisconstructie (het vormen van (rijke) representaties). Evenals dat een open houding belangrijker wordt geacht dan een specifiek methodisch referentie kader.¹⁷⁰

Het lijkt er dus op dat de geestelijk verzorger in zijn werk gebruik maakt van aspecten van een mentaliserende houding. In de beschrijving van wat de geestelijk verzorger doet

¹⁶⁷ Baart, A., Grypdonck, M., *Verpleegkunde en presentie* (Den Haag 2008).

¹⁶⁸ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

¹⁶⁹ Ibidem.

¹⁷⁰ Roy, A. de et al., *Beroep: geestelijk verzorger* (Utrecht 1997).

(paragraaf 4.1) zijn verschillende aspecten van mentaliseren te herkennen. Zoals gezegd kan geestelijke verzorging gezien worden als een hermeneutisch proces, waarin het verstaan van de naaste en het vinden van betekenis centraal staat. Het gaat er daarbij vaak om dat de geestelijk verzorger durft te verdragen wat niet meer kan en blijft bij wat niet goed komt, waardoor er ruimte kan ontstaan om het te kunnen hanteren en betekenis te geven. Indien in de interactie met de geestelijk verzorger woorden worden gegeven aan bijvoorbeeld een verlies, komt dit verlies (door het geven van de woorden zelf) in een ander perspectief te staan (betekenisconstructie). Deze combinatie van *containment* en verbeelding (al of niet in relatie met levensbeschouwelijke bronnen) kan patiënten helpen om hun wereld te herzien.¹⁷¹ Vanuit het perspectief van MBT vraagt het verstaan van de naaste, het verdragen wat niet meer kan, het blijven bij wat niet goed komt en *containment* om een hoog niveau van *mind-mindedness* van de geestelijk verzorger, met andere woorden: om het handhaven van een mentaliserende houding. De geestelijk verzorger probeert daarbij de ander zo goed mogelijk aan te voelen en te begrijpen, met andere woorden: deze vormt representaties van de mentale toestanden van de ander. Het lijkt erop dat de geestelijk verzorger deze representaties in een (impliciete en/of expliciete) expressie weergeeft aan de ander (spiegeling), wat de ander kan helpen om de eigen mentale toestanden te duiden. De ander krijgt op deze manier de mogelijkheid om representaties toe te schrijven aan de eigen gemoedstoestanden (het mentaliseren komt op gang). Zo kan vanuit ‘het blijven bij’ wat niet goed komt inderdaad ruimte (mentaliserende modus) ontstaan om mentale toestanden te hanteren en betekenis (representaties) te geven. Tevens kan zo de hechtingsrelatie versterkt worden (de geestelijk verzorger kan de mentale toestand verdragen en adequaat spiegelen), wat op zijn beurt het mentaliseren weer verder stimuleert. In een handhavende mentaliserende houding kan de geestelijk verzorger er zo voor zorgen dat de ander woorden kan geven aan bijvoorbeeld een (ervaring van) verlies, wat dan gelijk is aan het vormen van representaties van deze ervaring, wat kan leiden tot een ander perspectief (betekenisconstructie). Zo kan (al of niet in relatie met levensbeschouwelijke bronnen) een betekenisvol verhaal ontstaan. De combinatie van *containment* en verbeelding (het vormen van rijke representaties) kan dan inderdaad helpen onze wereld te herzien. Verder lijken *containment* en het ‘blijven bij’ wat niet goed komt aan te sluiten bij de gedachte van Allen et al., dat gementaliseerd affect is gebaseerd op mentaliseren terwijl men de emotionele toestand zelf handhaaft.¹⁷²

In bovenstaande alinea lijkt er een duidelijk verband te zijn tussen mentaliseren en betekenis geven, waarbij betekenisgeving alleen mogelijk is wanneer iemand in een mentaliserende modus verkeert. Aangezien in de geestelijke verzorging betekenisgeving centraal staat is het dan ook niet vreemd dat de geestelijk verzorger een mentaliserende houding aanneemt, teneinde het mentaliserend vermogen van de ander te herstellen, activeren of handhaven. Uit de theorie over MBT blijkt dat als we ons bedreigd voelen of als er sprake is van (intense) emotionele arousal het vermogen om te mentaliseren belemmerd wordt.¹⁷³ Dit maakt dat het dan dus ook niet mogelijk is om betekenis (en zin) te geven. Zoals blijkt uit paragraaf 4.1 kan juist in zorginstellingen het proces waarin mensen betekenis geven aan het (eigen) leven in beweging zijn, het kan vragen om heroriëntatie (van het bestaan), waarbij mensen anderen nodig hebben om verstaan te worden en zich tot de nieuwe situatie te verhouden. Het spiegingsproces van mentale toestanden lijkt hierin cruciaal. Dit kan een onderbouwing bieden voor de ‘lijfelijke’ aanwezigheid van geestelijke verzorging in zorginstellingen waar processen van zin en betekenisgeving een rol spelen.

¹⁷¹ Muthert, H., *Verlies & verlangen. Verliesverwerking bij schizofrenie* (Assen 2007).

¹⁷² Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

¹⁷³ Ibidem.

5.2 Verschillende benaderingen en MBT

Na een eerste globale vergelijking tussen MBT en geestelijke verzorging in de voorgaande paragraaf, wordt in deze paragraaf nader ingegaan op de overeenkomsten en verschillen tussen MBT en respectievelijk de hermeneutische, narratieve en presentie benadering en de objectrelatietheorie volgens Ogden.

5.2.1 Hermeneutische benadering en MBT

Zoals blijkt uit paragraaf 4.2 ligt de kern van de hermeneutische benadering in het verstaansproces van de ander, waarin betekenisgeving kan ontstaan. Het gaat om een niet-oplossingsgerichte benadering, met een gerichtheid op de individuele beleving en betekenisgeving, waarbij dus niet doel- of planmatig gewerkt wordt vanuit een medisch behandelmodel.¹⁷⁴ De gerichtheid op het verstaan van de ander, de individuele beleving en betekenisgeving in een niet-oplossingsgerichte benadering wijst op het handhaven van een mentaliserende houding van de geestelijk verzorger. De geestelijk verzorger vormt in dit proces van *mind in mind* hebben representaties van de mentale toestanden van de ander, waardoor het wellicht (in een spiegelsproces) ook voor de ander mogelijk wordt de eigen gemoedstoestand te duiden en betekenis te geven. Het vermogen om de ervaringen rond ziekte, lijden, invaliditeit, afhankelijkheid en eindigheid te interpreteren in het licht van het levensbeschouwelijk referentiekader van de patiënt (wat de beroepscode omschrijft als hermeneutische competentie), komt dus overeen met het vermogen om representaties van deze ervaringen van de ander te kunnen vormen (wat duidt op een mentaliserende houding). Zo kan er een betekenisvol verhaal, beeld of metafoor (rijke representaties) ontstaan zowel voor de geestelijk verzorger als voor de patiënt. In het verstaan gaat het daarbij niet alleen om de ander te kennen (door het vormen van representaties van mentale toestanden), maar ook dat deze zich gekend weet. In het daadwerkelijke verstaan gaat het volgens Gerkin om een intersubjectieve fusie of samensmelting van horizonnen (die van geestelijk verzorger en patiënt), met een gedeelde betekenis en begrip.¹⁷⁵ Dit betekent dat het *mind in mind* hebben wederzijds is en dat dus zowel de geestelijk verzorger als de patiënt in een mentaliserende modus verkeren. Allen et al. benoemen dit als de interpenetratie van elkaars psyche, waardoor we kunnen zeggen: 'Ik weet dat jij weet wat ik weet', of 'Ik voel dat jij voelt wat ik voel'. Het betreft de *present moments* (heldere hier-en-nu-momenten) en *moments of meeting* (momenten van echt contact), die Allen et al. zien als de essentie van mentaliseren in het therapeutische proces.¹⁷⁶ Het hermeneutisch proces lijkt dus voor een groot deel een mentaliserende onderneming.

In het verstaansproces kan het verstaan van de ander overigens een veilige hechtingsrelatie creëren of versterken, wat op zijn beurt weer het mentaliseren stimuleert. Zo wordt het mogelijk dat moeilijkere mentale toestanden 'naar boven' kunnen komen die vervolgens weer gementaliseerd kunnen worden (en de ander hierin verstaan kan worden).

Dat er in het hermeneutische proces ook daadwerkelijk een spiegelsproces van mentale toestanden plaats vindt, wordt binnen de hermeneutische benadering niet expliciet gemaakt. Hiervoor zijn echter sterke aanwijzingen aangezien de ander zich ook gekend weet, er sprake is van een gedeelde betekenis en begrip en in dit proces het mentaliseren van de ander op gang komt. Indien deze aanwijzingen kloppen, dan geeft dit spiegelsproces een theoretisch kader voor wat er precies gebeurt in de interactie tussen geestelijk verzorgers en

¹⁷⁴ Zock, H., *Niet van deze wereld?* (Tilburg 2007) 26.

¹⁷⁵ Gerkin, C.H., *The Living Human Document. Revisioning Pastoral Care in a Hermeneutical Mode* (Nashville 1984) 40.

¹⁷⁶ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

patiënten en daarmee een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. Daarom wordt aanbevolen om empirisch vervolgonderzoek te doen om te onderzoeken in hoeverre dit (binnen MBT essentiële) spiegelingproces daadwerkelijk plaats vindt in de interactie tussen geestelijk verzorgers en patiënten.

Uit het bovenstaande blijkt dat geestelijk verzorgers die gebruik maken van de hermeneutische benadering, gebruik maken van een mentaliserende houding en vermoedelijk ook van spiegelingprocessen van mentale toestanden. Tevens lijken er, vanuit deze benadering, *moments of meeting* plaats te vinden, die Allen et al. zien als de essentie van mentaliseren in het therapeutische proces. Hiermee geven deze aspecten van MBT een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. De hermeneutische benadering is echter niet gelijk aan MBT. Zoals blijkt uit paragraaf 5.1 is er een verschil in context en (doel)gerichtheid tussen geestelijke verzorging en MBT. Dit maakt dat geestelijke verzorging (in tegenstelling tot MBT) niet specifiek gericht is op het mentaliseren over anderen en relaties en op het aansturen (en mentaliseren) van bepaalde affecten in de relatie zelf in het kader van klinische behandeldoelen. Dit verschil lijkt ook van toepassing op de hermeneutische benadering, waar niet doel- of planmatig gewerkt wordt vanuit een medisch behandelmodel, maar het verstaansproces van de ander (waarin betekenis kan ontstaan) centraal staat.

5.2.2 Narratieve benadering en MBT

Zoals blijkt uit de voorgaande paragraaf lijkt het hermeneutische verstaansproces niet los te staan van de ontwikkeling van een verhaal of narratief. Met andere woorden: het verstaan is alleen mogelijk als er een narratief is, of op z'n minst een representatie. In de narratieve benadering vormt het levensverhaal de zingevende grondslag voor het eigen bestaan, die zelf geconstrueerd moet worden en niet vanzelfsprekend is. De mens geeft dus zelf betekenis. Indien betekenisgeving niet vanzelfsprekend is of als deze verstoord is (een breuk in het levensverhaal) kan de geestelijk verzorger zich aanbieden en kan in interactie (nieuwe) betekenisconstructie ontstaan. De communicatieve strategie van de geestelijk verzorger is daarbij gericht op zelfexpressie van de patiënt (door het luisteren en exploreren van het levensverhaal), waarbij de ander in zijn authenticiteit wordt herkend en bevestigd.¹⁷⁷ Het vertellen zelf (van het levensverhaal van de patiënt) is dan al een proces van betekenisconstructie. Door het omzetten van emoties en beleving in woorden en taal ontstaat begrip van wat ons overkomt, wat een positieve uitwerking heeft op het geestelijk welbevinden.¹⁷⁸ Het lijkt erop dat er in dit proces van betekenisconstructie representaties worden gevormd van mentale toestanden (betekenisvolle verhalen, beelden, metaforen), met andere woorden: er is sprake van mentaliseren. Het 'omzetten van emoties en beleving in woorden en taal' duidt eveneens op een proces van mentaliseren. Volgens Allen et al. is taal het medium bij uitstek voor expliciet mentaliseren en is mentaliseren veelal een narratief en neemt het de vorm aan van een verhaal.¹⁷⁹ In de narratieve benadering lijkt de ander dus tot mentaliseren te komen. Dit zegt mogelijk ook iets over de geestelijk verzorger, met wie in interactie de representaties gevormd worden. De gerichtheid van de geestelijk verzorger op de expressie van de ander geeft een vermoeden dat deze een mentaliserende houding heeft (het *mind in mind* hebben van de ander). Dit vermoeden wordt versterkt doordat, het luisteren en exploreren van het levensverhaal, kan duiden op een mentaliserende (onderzoekende, nieuwsgierige, niet-wetende) houding, die de ander kan aanmoedigen om meer uit te leggen en verder uit te weiden over de details van zijn beleving. Het gegeven dat de ander in zijn authenticiteit wordt herkend, duidt er eveneens op dat de geestelijk verzorger de ander *mind in*

¹⁷⁷ Schroyensteen Lantman, R. van, *Levensverhalen in het ziekteproces*. (Dwingeloo 2007).

¹⁷⁸ Bohlmeijer, E., Lausanne, M., Westerhof, G., *De betekenis van levensverhalen*. (Houten 2007) 29-60.

¹⁷⁹ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

mind heeft en representaties van de mentale toestand van de ander vormt. Dat de ander ook in zijn authenticiteit wordt bevestigd, duidt mogelijk ook op een spiegelingproces. Het is aannemelijk dat een dergelijk proces plaatsvindt, omdat contingente spiegelingen een veilige hechtingsrelatie creëren of versterken, wat op zijn beurt weer het mentaliseren (het ontvouwen van het narratief) stimuleert. In hoeverre een dergelijk (impliciet) spiegelingproces plaats vindt, wordt uit de beschrijving van de narratieve benadering echter niet duidelijk. Indien daadwerkelijk een spiegelingproces plaatsvindt, dan geeft dit een belangrijk theoretisch kader voor wat er precies gebeurt bij de toepassing van de narratieve benadering door de geestelijk verzorger en daarmee een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. Aanbevolen wordt om empirisch vervolgonderzoek te doen om te onderzoeken in hoeverre dit (binnen MBT essentiële) spiegelingproces daadwerkelijk plaats vindt in de interactie tussen geestelijk verzorgers en patiënten.

Uit het bovenstaande blijkt dat, in het gebruik van de narratieve benadering door geestelijk verzorgers, patiënten tot mentaliseren (kunnen) komen. Geestelijk verzorgers maken daarbij vermoedelijk gebruik van een mentaliserende houding en mogelijk ook van spiegelingprocessen van mentale toestanden. Deze aspecten van MBT kunnen een onderbouwing geven voor wat de geestelijk verzorger doet, al is vervolgonderzoek nodig om deze vermoedens en aanwijzingen te kunnen bevestigen.

Een verschil met MBT lijkt hier, evenals bij de hermeneutische benadering, dat de geestelijk verzorger in de narratieve benadering niet specifiek gerichtheid is op het mentaliseren over anderen en relaties en op het aansturen (en mentaliseren) van bepaalde affecten in de relatie zelf in het kader van klinische behandeldoelen. Een geestelijk verzorger zal vermoedelijk ook andere keuzes maken in welke aspecten van ‘het verhaal’ (vanuit een nieuwsgierige, niet-wetende houding) verder geëxploreerd worden, vanwege de gerichtheid op betekenis en zingeving, ten opzichte van iemand die MBT toepast binnen de context van psychotherapie (gerichtheid op psychisch functioneren). Er ontwikkelt zich dan dus ook een ander narratief. Daar komt bij dat de patiënt mogelijk heel andere verwachtingen heeft van de rol van de geestelijk verzorger dan van de therapeut, waardoor er überhaupt aan de therapeut iets anders verteld wordt dan aan de geestelijk verzorger.

5.2.3 Presentiebenadering en MBT

In de presentiebenadering wordt er gestreefd naar ‘er zijn met’ en ‘er zijn voor’ de behoeftige ander, die aangewezen is op hulp en steun. Dit geschiedt allereerst door het tot stand brengen van aansluiting bij en afstemming op de leefwereld van de ander. Presentie wordt daarbij gekenmerkt door een aandachtige traagheid van werken, en een ‘latende modus’, waarbij men durft te verdragen wat niet kan en blijven bij wat niet goed komt.¹⁸⁰ De zorgrelatie wordt daarbij niet gezien als een middel, maar als een doel in zichzelf. Het gaat in de eerste plaats niet om problemen op te lossen, maar om de patiënten erkenning te geven in wat zij meemaken en hen te waarderen om wie ze zijn en het vinden van een bevredigende houding ten opzichte van het leven. Het wordt belangrijk geacht dat iemand gezien wordt en meetelt. De houding naar de ander is een open houding van: niet-weten, je laten verrassen en niet-oordelen.¹⁸¹

Het vinden van ‘aansluiting bij en afstemming op de leefwereld’ van de ander, het ‘erkenning geven in wat de ander meemaakt’ en het ‘zien’ van de ander vraagt om het *mind in mind* hebben van de ander, om het (kunnen) vormen van representaties van mentale toestanden van de ander, kortom: om een mentaliserende houding. Dat de zorgrelatie een doel in zichzelf is, het niet gaat om het oplossen van problemen en wel om het waarderen van wie

¹⁸⁰ <http://www.andriesbaart.nl/presentie/>, Andries Baart, 14 mei 2015.

¹⁸¹ Baart, A., Grypdonck, M., *Verpleegkunde en presentie* (Den Haag 2008).

mensen zijn (acceptatie) duidt daarbij op een niet-oplossingsgerichte benadering. Dit wordt bevestigd door een open houding naar de ander van: niet-weten, je laten verrassen en niet-oordelen. Dit sluit aan bij een mentaliserende houding van niet-weten, onzekerheid en gespeendheid van assumpties.¹⁸² Het ‘erkenning geven in wat de ander meemaakt’, ‘aansluiten bij de leefwereld’ van de ander en het ‘gezien worden’ geeft een vermoeden dat er ook een spiegelsproces plaats vindt (wat overigens impliciet (non-verbaal) al plaats vindt op het moment dat iemand empathie toont). Het ‘er zijn met’, de ‘aandachtige traagheid van werken’, ‘het durven verdragen wat niet kan en blijven bij wat niet goed komt’ lijkt aan te sluiten bij de visie van Allen et al., om te mentaliseren terwijl men de emotionele toestand zelf handhaaft.¹⁸³

Uit het bovenstaande blijkt dat geestelijk verzorgers die gebruik maken van de presentiebenadering, gebruik lijken te maken van een mentaliserende niet-wetende houding en vermoedelijk ook van een spiegelsprocessen van mentale toestanden. Deze aspecten van MBT geven mogelijk een belangrijk theoretisch kader voor wat er precies gebeurt bij de toepassing van de presentiebenadering door de geestelijk verzorger en daarmee een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. In empirisch onderzoek kan getoetst worden in hoeverre deze aspecten van MBT daadwerkelijk in de interactie tussen geestelijk verzorgers en patiënten plaatsvinden.

De presentiebenadering (met een afstemming op de leefwereld van de ander en een ‘latende modus’) lijkt echter niet gelijk aan MBT, welke vanuit een psychotherapeutische context oog heeft voor het bewerkstelligen van behandoelen. De geestelijk verzorger die gebruik maakt van de presentiebenadering lijkt dan ook niet specifiek gericht op het mentaliseren over anderen en relaties en op het aansturen (en mentaliseren) van bepaalde affecten in de relatie zelf, om aan deze behandoelen bij te dragen. Dit wordt bevestigd doordat de zorgrelatie een doel in zichzelf is en het niet gaat om het oplossen van problemen.

Toch moet opgemerkt worden dat er ook een bepaalde normativiteit in de (hier beschreven) presentiebenadering naar voren komt, die juist niet strookt met een mentaliserende houding. Wie bepaalt dat de ander ‘behoefstig’ is en ‘aangewezen is op hulp en steun’? Dit lijkt een vooringenomenheid evenals dat het gaat om ‘het vinden van een bevredigende houding ten opzichte van het leven’ (kun je dan nog wel ‘blijven’ bij wat er is?). Dit kan het *mind in mind* hebben, oftewel de mentaliserende houding van de geestelijk verzorger en daarmee het mentaliseren van de ander beperken. De vraag is dus welke agenda de geestelijk verzorger heeft en of deze zich bewust is van het zelfreprenterend karakter van de eigen ideeën en daarmee een mentaliserende houding kan handhaven.

5.2.4 Objectrelatietheorie van Ogden en MBT

In deze paragraaf wordt ingegaan op hoe het psychologisch ontwikkelingsproces dat Ogden beschrijft (dat van belang is voor het vermogen tot betekenisgeving en zinging) al dan niet samenhangt met aspecten van MBT.

Vanuit de moderne psychoanalyse bespreekt Ogden de objectrelatie theorie van Klein, die bij een mens drie fases van ontwikkeling onderscheidt: de autistisch contigue positie, de paranoïde-schizoïde positie en de depressieve positie.¹⁸⁴ Deze posities zijn tevens ‘psychologische staten van zijn’, die gedurende het leven blijven bestaan. Hieronder wordt nader ingegaan op deze ‘zijnswijzen’ en hoe in interactie (tussen geestelijk verzorgers en patiënten) gekomen kan worden tot een vermogen om betekenis te geven. Hierbij wordt

¹⁸² Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

¹⁸³ Ibidem.

¹⁸⁴ Ogden, T.H., *The Matrix of the Mind. Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue* (London 1986).

beschreven hoe dit proces al dan niet samenhangt met aspecten van MBT, zoals beschreven in hoofdstuk twee en drie.

In de autistisch contigue positie staat het lichaam centraal. Zintuigelijke sensaties en vormen werken in deze zijswijze als een buffer tegen de overweldigende ervaringen van het (af)gescheiden zijn na de geboorte.¹⁸⁵ Hierbij werken ervaringen die worden opgedaan aan objecten kalmerend.¹⁸⁶ Positieve kernervaringen in deze ontwikkelingsfase kunnen gethematiseerd worden als ritme, nabijheid, continuïteit, en begrensdheid, die het kind helpen zich te ‘wapenen’ tegen de (veronderstelde) angst zelf uit elkaar te vallen.¹⁸⁷ Ogden ziet deze zintuigelijke oefeningen als presymbolische activiteiten, noodzakelijk om in een andere zijswijze objecten als symbolen te kunnen ervaren.¹⁸⁸ Deze zijswijze lijkt hiermee de nodige overeenkomsten te hebben met de binnen MBT beschreven teleologische modus. In deze, vroeg in de ontwikkeling optredende, modus worden tastbare realiteiten verkozen boven mentale representaties en wordt beleving alleen van waarde geacht als deze samenvalt met tastbare consequenties.¹⁸⁹ Zo wordt affectie alleen maar beleefd als ze vergezeld gaat van lichamelijke expressie, zoals een aanraking of een streling.

De tweede zijswijze, de paranoïde-schizoïde positie, is een ontwikkelingsfase, waarin het zelf alleen als object bestaat. Er bestaat dus nog geen interpreterend subject met een persoonlijke geschiedenis. Hierdoor zijn gedachten en gevoelens geen persoonlijke creaties maar ‘events’ die gebeuren. In de paranoïde-schizoïde positie is ‘splitsing’ een defensiemechanisme tegen doodsangst, maar zo suggereert Ogden, mogelijk ook een reactie op het verbreken van de primitieve verbondenheid met de moeder. Tevens wordt ‘splitsing’ gezien als een manier om ervaringen te ordenen in verschillende categorieën, zoals: plezierig en onplezierig, gevaar en veiligheid, honger en bevrediging. Reacties gebeuren vanuit deze positie relatief automatisch, omdat er geen interpreterend subject is dat een onderscheid maakt tussen de perceptie (van bijvoorbeeld angst) en de reactie (daarop). In de paranoïde positie is er dus geen onderscheid tussen de ervaring en degene die ervaart en er is geen vermogen om betekenis aan een perceptie toe te schrijven, gebeurtenissen zijn wat ze zijn.¹⁹⁰ De paranoïde-schizoïde positie lijkt hiermee overeenkomsten te hebben met de (prementalistische) psychische equivalentiemodus, waarbij de werkelijkheid gelijk wordt gesteld aan de dan bestaande mentale toestand (er is dan geen onderscheid meer tussen de eigen ervaring van de werkelijkheid en de werkelijkheid zelf).¹⁹¹

Door biologische ontwikkeling en een inter-persoonlijk proces van projectieve identificatie (waarbij de ander niet aan de projectie gebonden wordt, maar deze kan verdragen) is het voor een mens (baby) mogelijk om over te gaan naar de depressieve positie. In de depressieve positie is er sprake van de ontwikkeling van een subject (‘ik’) ten opzichte van de omgeving, waarbij dit subject een eigen geschiedenis heeft. Het subject is nu in staat om gevoelens als verlies, schuld, verdriet, spijt, compassie en empathie te ervaren. In deze positie ontstaat de subjectieve menselijkheid met de potentie om vrije keuzes te maken.¹⁹² In de depressieve positie is er dus sprake van een subject, die betekenis kan geven aan wat hem of haar overkomt (en dus in staat is tot reflectie) en verbinding kan ervaren. De depressieve positie staat echter niet los van de paranoïde-schizoïde en de autistisch contigue positie: het opereren in de depressieve positie veronderstelt altijd het simultaan opereren in de andere

¹⁸⁵ Muthert, J., Jonker, J., ‘Verbeeldingskracht als denkmodus: over trauma, kunst en zoeken naar zin’, *Psyche & Geloof* 26 (2015) 49-61.

¹⁸⁶ Ibidem.

¹⁸⁷ Dehing, J., ‘Over gelijkheid en verschillendheid – Van primordiale identiteit tot discriminerend bewustzijn’, in: J. Dehing red., *Een bundel intense duisternis. Psychoanalytische opstellen rond W.R. Bion* (Leuven/Apeldoorn 1998) 111-163.

¹⁸⁸ Muthert, J., Jonker, J., ‘Verbeeldingskracht als denkmodus’, *Psyche & Geloof* 26 (2015) 49-61.

¹⁸⁹ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008) 299.

¹⁹⁰ Ogden, *The Matrix of the mind* (London 1986) 44.

¹⁹¹ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

¹⁹² Ogden, *The Matrix of the mind* (London 1986) 99.

posities.¹⁹³ De depressieve positie lijkt overeenkomsten te vertonen met een mentaliserende modus, waarin eveneens sprake is van een subject, waarbij gevoelens als empathie, een persoonlijke geschiedenis en betekenisgeving mogelijk zijn.

Zoals beschreven in paragraaf 4.5 kan een ingrijpende gebeurtenis ervoor zorgen dat iemand zich (tijdelijk) in de paranoïde-schizoïde positie bevindt. Doordat de geestelijk verzorger het onverdraaglijke kan verdragen biedt dit een mogelijkheid dat de ander kan 'bewegen' van de paranoïde-schizoïde positie naar de depressieve positie. Met andere woorden: de geestelijk verzorger dient als 'container'¹⁹⁴ voor hetgeen onverdraaglijk is (het *contained*), waardoor er voor de ander ruimte ontstaat om het te kunnen hanteren en betekenis te kunnen geven. Om als 'container' te kunnen dienen moet de geestelijk verzorger zelf 'ruimte' hebben, oftewel zelf ook in de depressieve positie verkeren. Aangezien betekenisgeving van belang is voor ervaringen van zin (zoals ook blijkt uit de zingevingsdefinitie van de VGVZ), is deze psychodynamische theorie van belang voor geestelijke verzorging. De depressieve positie biedt de patiënt ruimte waarin betekenis kan ontstaan, terwijl er in een homogeen veld (paranoïde-schizoïde positie) geen betekenis kan zijn. Oftewel, in de depressieve positie is er sprake van een vermogen tot betekenisgeving, waarbij het gebeurde in een ander licht kan komen te staan. De interactie (bijvoorbeeld tussen geestelijk verzorgers en patiënten) is hierbij van wezenlijk belang.

Vanuit het perspectief van MBT betekent het 'onverdraaglijke verdragen' door de geestelijk verzorger dat deze de ander *mind in mind* moet hebben, oftewel dat deze hiervoor zelf in een mentaliserende modus moet verkeren. De geestelijk verzorger vormt dan een representatie van de mentale toestand van de ander. Doordat de ander het vervolgens kan hanteren en betekenis kan geven lijkt het erop dat de ander de mentale toestand kan mentaliseren (een representatie kan vormen). Vermoedelijk gaat het dus niet alleen om het verdragen van de mentale toestand, maar vindt er ook een spiegelingproces plaats. Dit wordt echter niet expliciet duidelijk vanuit de beschrijving van Ogden, maar kan mogelijk een aanvulling zijn op de theorie van Ogden en een extra onderbouwing voor wat er precies gebeurt en wat de geestelijk verzorger doet (als deze gebruik maakt van Ogden en het onverdraaglijke verdraagt). Aan de andere kant kan de theorie van Ogden juist een aanvulling zijn voor MBT, omdat deze theorie laat zien dat het noodzakelijk is om de betreffende mentale toestand te kunnen verdragen, om überhaupt een adequate spiegeling te kunnen geven. Het verblijven in de mentaliserende modus door de geestelijk verzorger is dus niet vanzelfsprekend (deze kan ook prementalistische modi innemen), maar wel noodzakelijk wil de ander tot mentaliseren en betekenisgeving kunnen komen. Analoog aan de verschuiving van de paranoïde-schizoïde positie naar de depressieve positie, kan de ander zich dan 'bewegen' van de psychische equivalentiemodus naar de mentaliserende modus. Het ontwikkelingsproces zoals Ogden dat beschrijft lijkt hiermee overeenkomsten te hebben met het ontwikkelen of herstellen van het mentaliserend vermogen zoals beschreven in MBT. In empirisch onderzoek kan onderzocht worden in hoeverre het spiegelingproces daadwerkelijk plaats vindt in de interactie tussen patiënten en geestelijk verzorgers (die gebruik lijken te maken van Ogden en het onverdraaglijke verdragen).

Het psychologisch ontwikkelingsproces zoals Ogden dat beschrijft lijkt overeenkomsten te hebben met het ontwikkelingsproces zoals dat binnen MBT is beschreven. MBT is echter (in tegenstelling tot de theorie van Ogden) een uitgebreide behandelmethod. In de toepassing van de theorie van Ogden gaat het (onder andere) om het verdragen van het onverdraaglijke en verder niet om het bewerkstelligen van behandeldoelen (zoals binnen MBT wel het geval is). Eventuele behandeldoelen zouden de mogelijkheid van het verdragen zelfs kunnen ondermijnen (en daarmee mogelijk ook het mentaliseren van de patiënt).

¹⁹³ Ogden, *The Matrix of the mind* (London 1986) 69.

¹⁹⁴ Bion, W.R., *Learning from experience* (London 1962).

5.3 Casusbeschrijving

In de vergelijking tussen MBT en de methoden van geestelijke verzorging in de voorgaande paragrafen, komt naar voren dat de geestelijk verzorger in een bepaalde mate gebruik lijkt te maken van een mentaliserende houding. Hierbij zijn er tevens aanwijzingen dat de geestelijk verzorger gebruik maakt van spiegelingprocessen. Uiteraard komen deze bevindingen naar voren op basis van een vergelijking van theorieën. In deze paragraaf wordt aan de hand van een casus geïllustreerd hoe dit (binnen MBT) essentiële proces van affectspiegeling ook in de praktijk van geestelijke verzorging kan plaatsvinden. Tevens wordt hierbij geïllustreerd hoe de geestelijk verzorger gebruik lijkt te maken van een mentaliserende houding. De casus komt uit de eigen praktijk en is eerder beschreven in het kader van de praktijkstage geestelijke verzorging, als onderdeel van de opleiding geestelijke verzorging aan de Rijksuniversiteit Groningen.¹⁹⁵ De casus lijkt representatief voor geestelijke verzorging, omdat in een proces van interactie, tot betekenisgeving en zingeving wordt gekomen. De casus wordt eerst kort besproken aan de hand van de presentietheorie en de objectrelatietheorie volgens Ogden. Vervolgens vindt er een uitgebreide analyse plaats vanuit het perspectief van MBT. De betreffende patiënt heeft toestemming gegeven voor het opnemen van de casuïstiek in deze scriptie, waarbij de casus voor zover mogelijk is geanonimiseerd.

De (gereduceerde) casus uit de eigen geestelijke verzorging praktijk in een ziekenhuis:

‘ Op aanraden van de verpleging komt de geestelijk verzorger langs bij een man, die lijdt aan een aantal verschillende ziektes. De aanwezige verpleging geeft aan dat de man een depressieve indruk maakt en, mede vanwege zijn lichamelijke klachten, al twee dagen lang op het randje van zijn bed zit en niet meer van zijn kamer komt. Als de geestelijk verzorger de kamer binnenkomt zit de betreffende meneer inderdaad op het randje van zijn bed, met zijn hoofd gebogen naar beneden. De geestelijk verzorger stelt zichzelf voor, geeft aan dat hij van de verpleging heeft gehoord dat hij (de meneer) veel mee maakt en vraagt of het goed is als hij even bij hem komt zitten. De meneer stemt hier mee in en de geestelijk verzorger pakt een stoel en komt bij de meneer zitten. De eerste minuten van het gesprek verlopen ongeveer als volgt:

Stilte. Geestelijk Verzorger: “Hoe gaat het met u?”. Stilte. Meneer: “Ik ben op..”. Stilte. Geestelijk Verzorger: “U bent op..?”. Stilte. Meneer: “Ja.. Ik ben op..” Stilte. Geestelijk Verzorger: “U bent op..” Stilte. Meneer: “Ja, op..”. Lange stilte. Geestelijk Verzorger: “Het lijkt wel alsof u geen uitzicht meer heeft..”. Stilte. Meneer: “Nee, nee, geen uitzicht.. geen uitzicht..”.

Vervolgens begint de meneer langzaam wat meer te vertellen en kijkt hij de geestelijk verzorger voor het eerst echt aan. Zo ontvouwt zich uiteindelijk een gesprek, waarin de meneer kan praten over zijn grote passie (muziek), zijn geloof en wat hem daarin kracht geeft en geeft hij uiteindelijk ook betekenis aan wat hem overkomt. De man lijkt helemaal opgebloeid door het gesprek. Later op de dag komt de geestelijk verzorger hem tegen op de gang en is hij onderweg naar het dagverblijf.’¹⁹⁶

In de bovenstaande casus lijken de eerste minuten van het gesprek cruciaal voor het verdere verloop. In deze eerste minuten kan de presentiebenadering herkend worden. In de presentiebenadering wordt er gestreefd naar ‘er zijn met’ en ‘er zijn voor’ de behoeftige ander, die aangewezen is op hulp en steun. Dit geschiedt hier allereerst door het tot stand brengen van aansluiting bij en afstemming op de leefwereld (in dit geval het ‘op’ zijn) van de

¹⁹⁵ Hoogeveen, M.C.R., *Stageverslag. Praktijkstage Geestelijke Verzorging*, Rijksuniversiteit Groningen (Groningen 2014).

¹⁹⁶ *Ibidem*.

ander. Presentie kan daarbij gekenmerkt worden door een voorzichtige en aandachtige traagheid van werken, waarbij presentie durft te verdragen wat niet kan en blijft bij wat niet goed komt (hier deze meneer die diep ‘in de put zit’). Door de ander onvoorwaardelijk te accepteren kan er ruimte ontstaan voor wat zich niet laat maken of afdwingen (een gesprek dat zich kan ontvouwen, waarin ook betekenis wordt gegeven).¹⁹⁷

In de bovenstaande casus kan ook de objectrelatie theorie herkend worden, zoals Ogden die beschrijft. Door wat deze meneer meemaakt, lijkt hij zich, aan het begin van de casus in de paranoïde-schizoïde positie te bevinden. Zoals blijkt uit paragraaf 4.5 is er in de paranoïde-schizoïde positie geen vermogen om betekenis aan een perceptie toe te schrijven, gebeurtenissen zijn wat ze zijn. Door een inter-persoonlijk proces van projectieve identificatie (waarbij de ander niet aan de projectie gebonden wordt, maar deze kan verdragen) is het mogelijk om over te gaan naar de depressieve positie. In de depressieve positie is er sprake van een subject dat betekenis kan geven aan wat hem of haar overkomt. Doordat de geestelijk verzorger het onverdraaglijke (het ‘op’ zijn) kan verdragen lijkt het erop dat de meneer ‘beweegt’ van de paranoïde-schizoïde positie naar de depressieve positie. Met andere woorden: de geestelijk verzorger dient als ‘container’ voor hetgeen onverdraaglijk is (‘het containt’), waardoor er voor de meneer ruimte ontstaat om (uiteindelijk) betekenis te kunnen geven. Om als ‘container’ te kunnen hebben dienen heeft de geestelijk verzorger zelf ook in de depressieve positie moeten verkeren.

Vanuit het perspectief van MBT lijkt het erop dat de meneer zich in het begin van de casus in een psychische equivalentiemodus bevindt. De open vraag van de geestelijk verzorger ‘hoe gaat het met u?’ is een aanwijzing dat de geestelijk verzorger een open mentaliserende houding heeft gericht op het begrijpen van de ander (*mind in mind* hebben). Het ‘op zijn’, waarmee deze meneer vervolgens woorden aan zijn ervaring geeft, is een eerste mogelijkheid dat er een verwijzing is naar een innerlijke toestand, en hij het ‘op zijn’ niet langer volledig is (psychische equivalentiemodus). Met andere woorden het ‘op zijn’ vormt een eerste representatie van het daadwerkelijke gevoel (daarvoor zit je ‘er in’), wat bij kan dragen aan het kunnen hanteren ervan. Het lijkt erop dat de geestelijk verzorger, de representatie van ‘op zijn’ spiegelt, waardoor de ander de representatie die deze toeschrijft aan de eigen mentale toestand kan versterken. De geestelijk verzorger doet dit onder andere in vragende zin (‘U bent op..?’), wat een uitnodiging lijkt aan de ander om verder uit te wijden over zijn mentale toestand (en rijkere representaties te vormen), wat tevens duidt op een niet-wetende, mentaliserende houding van de geestelijk verzorger. Op deze uitnodiging om uit te wijden wordt echter niet ingegaan. Mogelijk is het niet veilig genoeg, omdat het voor de meneer niet zeker is of de geestelijk verzorger de mentale toestand wel kan mentaliseren.

De geestelijk verzorger zegt vervolgens: “Het lijkt wel alsof u geen uitzicht meer heeft” en geeft daarmee een representatie van de gemoedstoestand van de ander. Deze spiegeling lijkt te kloppen en geeft de meneer een rijkere representatie (of beeld) om zijn mentale toestand te duiden: ‘geen uitzicht hebben’. De geestelijk verzorger heeft hier de daadwerkelijke toestand proberen aan te voelen (een representatie gevormd), wat in combinatie met creativiteit (het vinden van dit beeld), kan duiden op een mentaliserende houding. Het had ook zo kunnen zijn dat de spiegeling niet contingent was (hetzij door een niet-mentaliserende houding, hetzij door een verkeerde interpretatie). Dit had de veiligheid en daarmee een mentaliserende modus bij deze meneer (verder) kunnen ondermijnen en had in het ergste geval kunnen lijden tot een internalisatie van deze misrepresentatie. In het positieve geval had de patiënt nu wel de mogelijkheid gehad om te vertellen hoe deze het ervaart (waarmee een (ruimere) representatie gevormd wordt). De woorden ‘het lijkt’ en ‘alsof’ geven hiervoor mogelijk de ruimte en geven tevens aan dat het om een representatie gaat van de geestelijk verzorger. De woorden ‘Het lijkt’ geven tevens aan dat de geestelijk verzorger zich

¹⁹⁷ <http://www.andriesbaart.nl/presentie/>, Andries Baart, 14 mei 2015.

(impliciet) bewust is van het zelf representerend karakter (hij kan het mis hebben), wat duidt op een mentaliserende houding.

De meneer begint vervolgens meer te vertellen. Het lijkt erop dat doordat de mentale toestand gementaliseerd werd er een hechtingsrelatie ontstaat, wat op zijn beurt het mentaliseren weer verder stimuleert. Ook het feit dat hij de geestelijk verzorger voor het eerst echt aankijkt kan een aanwijzing zijn dat hij in een mentaliserende modus komt, aangezien het in een mentaliserende modus mogelijk is om een onderscheid te maken tussen de eigen psyche en die van de ander. Er ontwikkelt zich een narratief (wat in de casus niet verder weergegeven is), waarin betekenisgeving plaats vindt. Deze betekenisgeving was mogelijk al beschikbaar in het geloofssysteem van de patiënt, alleen was deze wellicht niet toegankelijk omdat de patiënt zich in een psychische equivalentiemodus bevond. Vanuit MBT gezien is deze betekenisgeving een rijke representatie van de situatie waar hij in zat. Met andere woorden: hij kan een ander perspectief overwegen en innemen, wat tevens duidt op een mentaliserende modus. Doordat de meneer lijkt op te bloeien in het vertellen over zijn grote passie (muziek) en zijn geloof lijkt het er tevens op dat deze meneer weer bij zijn spiritualiteit (transcendentie, verbondenheid) kan komen.

Samengevat kan worden geconcludeerd dat de geestelijk verzorger in deze casus (onbewust) gebruik maakt van belangrijke aspecten van MBT. Door een mentaliserende houding te handhaven (het belangrijkste aspect van MBT) werd het voor de meneer mogelijk om ook te mentaliseren en uiteindelijk betekenis te kunnen geven.

5.4 Conclusies

In dit hoofdstuk is *Mentalization Based Treatment* (zoals beschreven in hoofdstuk twee en drie) vergeleken met geestelijke verzorging, zoals dat beschreven is in hoofdstuk vier. Deze vergelijking geeft inzicht in hoeverre de geestelijke verzorger (al dan niet bewust) gebruik maakt van aspecten van MBT en in hoeverre MBT bij kan dragen aan een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. In dit hoofdstuk is eerst MBT vergeleken met een algemene beschrijving van geestelijke verzorging aan de hand van de beroepscode van de VGVZ. Daarna is MBT achtereenvolgens vergeleken met een aantal vigerende methoden van geestelijke verzorging: de hermeneutische benadering, de narratieve benadering en de presentiebenadering, aangevuld met een vergelijking met de objectrelatietheorie volgens Ogden. Tot slot is geïllustreerd hoe de genoemde aspecten van MBT ook in de praktijk van de geestelijk verzorger (kunnen) voorkomen aan de hand van een casusbeschrijving.

Uit de vergelijking tussen MBT en de algemene beschrijving van geestelijke verzorging komt naar voren dat de geestelijk verzorger gebruik lijkt te maken van een mentaliserende houding, alleen in een andere context en vanuit een andere doelgerichtheid. MBT wordt toegepast in de context van psychotherapie, waarbij in de klinische praktijk vooral oog is voor het bewerkstelligen van behandeldoelen omtrent het psychisch functioneren. In de context van geestelijke verzorging staat juist betekenisgeving centraal, waarbij er een verband is tussen betekenisgeving en zingeving (een verband dat binnen MBT niet gelegd wordt). Daarbij werkt de geestelijk verzorger vaak vanuit een niet-oplossingsgerichte benadering, wat een verschil betekent in (doel)gerichtheid ten opzichte van de psychotherapeutische context. Het verschil in context en doelgerichtheid tussen geestelijke verzorging en MBT, maakt dat geestelijke verzorging niet specifiek gericht is op het mentaliseren over anderen en relaties, maar dat het mentaliseren van de patiënt over zichzelf centraal staat. Tevens is de geestelijk verzorger niet specifiek gericht op het aansturen (en mentaliseren) van bepaalde affecten in de relatie zelf in het kader van klinische behandeldoelen. Hier liggen dus verschillen tussen MBT en wat de geestelijk verzorger doet.

Dat de geestelijk verzorger echter wel gebruik lijkt te maken van een mentaliserende houding komt duidelijk naar voren in de vergelijking. Zo wordt het eigene van het beroep omschreven als gericht op: een empathische houding (volgens Allen et al. ‘de hoeksteen van mentaliseren’¹⁹⁸), het perspectief van de patiënt (wat vraagt om *mind-mindedness*) en betekenisconstructie (het vormen van rijke representaties).¹⁹⁹ Ook in de omschrijving van wat de geestelijk verzorger doet komen verschillende aspecten van deze mentaliserende houding naar voren (zoals het *mind in mind* hebben en het vormen van representaties van mentale toestanden) en lijkt daarbij tevens het mentaliseren bij de patiënt op gang te komen. Mogelijk speelt hierin ook een spiegingsproces een rol, al kan dit hier niet expliciet worden gemaakt. Doordat de geestelijk verzorger gebruik lijkt te maken van een mentaliserende houding kan deze mogelijk een theoretische onderbouwing bieden voor wat de geestelijk verzorger doet.

Verder komt in de vergelijking naar voren dat er een duidelijk verband lijkt te zijn tussen mentaliseren en betekenis geven (of vinden), waarbij betekenisgeving alleen mogelijk is wanneer iemand in een mentaliserende modus verkeert. Het spiegingsproces van mentale toestanden lijkt hierbij cruciaal om tot mentaliseren (en betekenisgeving) te komen. Dit kan een belangrijke onderbouwing bieden voor de ‘lijfelijke’ aanwezigheid van geestelijke verzorging in instellingen waar processen van zin en betekenisgeving een rol spelen. In hoeverre geestelijk verzorgers gebruik maken van deze (vaak impliciete) spiegingsprocessen is dus relevant, maar nog niet duidelijk. Al is de gericht van geestelijk verzorgers op een empathische houding een indicatie dat deze spiegingsprocessen wel plaats vinden in de interactie tussen geestelijk verzorgers en patiënten.

Uit de vergelijking tussen de hermeneutische benadering en MBT blijkt dat geestelijk verzorgers (die gebruik maken van een hermeneutische benadering) gebruik maken van een mentaliserende houding en vermoedelijk ook van spiegingsprocessen van mentale toestanden. Tevens lijken er, vanuit deze benadering, *moments of meeting* plaats te vinden, die Allen et al. zien als de essentie van mentaliseren in het therapeutische proces.²⁰⁰ Hiermee geven deze aspecten van MBT een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. Ook zijn er verschillen tussen de hermeneutische benadering en MBT, die overeenkomen met de hierboven genoemde verschillen ten gevolge van een verschil in context en doelgerichtheid tussen MBT en geestelijke verzorging.

Uit de vergelijking tussen de narratieve benadering en MBT blijkt dat in het gebruik van de narratieve benadering door geestelijk verzorgers, patiënten tot mentaliseren (kunnen) komen. Geestelijk verzorgers maken daarbij vermoedelijk gebruik van een mentaliserende houding en mogelijk ook van spiegingsprocessen van mentale toestanden. Deze aspecten van MBT kunnen een onderbouwing geven voor wat de geestelijk verzorger doet, al is vervolgonderzoek nodig om deze vermoedens en aanwijzingen te kunnen bevestigen. Ook zijn er verschillen tussen de narratieve benadering en MBT, die overeenkomen met de hierboven genoemde verschillen ten gevolge van een verschil in context en doelgerichtheid tussen MBT en geestelijke verzorging. Tevens zal zich in de interactie met de geestelijk verzorger een ander narratief ontfouwen, vanwege het verschil in context en doelgerichtheid en een verschil in de verwachtingen die de patiënt heeft ten aanzien van de rol van de therapeut en geestelijk verzorger.

Uit de vergelijking tussen de presentiebenadering en MBT blijkt dat, geestelijk verzorgers die gebruik maken van de presentiebenadering, gebruik lijken te maken van een mentaliserende niet-wetende houding en vermoedelijk ook van spiegingsprocessen van mentale toestanden. Deze aspecten van MBT geven (mogelijk) inzicht in wat er gebeurt bij de toepassing van de presentiebenadering door de geestelijk verzorger en daarmee een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. Ook zijn er verschillen tussen de

¹⁹⁸ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

¹⁹⁹ Roy, A. de et al., *Beroep: geestelijk verzorger* (Utrecht 1997).

²⁰⁰ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

presentiebenadering en MBT, die overeenkomen met de hierboven genoemd verschillen ten gevolge van een verschil in context en doelgerichtheid tussen MBT en geestelijke verzorging. Tevens moet opgemerkt worden dat er een bepaalde normativiteit in de (hier onderzochte) presentiebenadering naar voren komt. De vraag is welke agenda de geestelijk verzorger heeft en of deze zich bewust is van het zelfreprenterend karakter van de eigen ideeën en daarmee een mentaliserende houding kan handhaven.

In analyse van de bovenstaande drie benaderingen valt op dat de geestelijk verzorger vermoedelijk gebruik maakt van spiegelingenprocessen, maar dat dit niet expliciet naar voren komt. Indien deze vermoedens kloppen geeft dit een belangrijk theoretisch kader voor wat er gebeurt in de interactie tussen geestelijk verzorgers en patiënten en daarmee een onderbouwing voor het handelen en kunnen van de geestelijk verzorger. Het biedt mogelijk ook een onderbouwing voor de 'lijfelijke' aanwezigheid van geestelijk verzorgers om, in situaties die om zin of betekenis vragen, zin of betekenis te kunnen geven/vinden. In empirisch vervolgonderzoek kan onderzocht worden in hoeverre dit (essentiële) spiegelingenproces daadwerkelijk plaats vindt in de gesprekken tussen geestelijk verzorgers en patiënten.

Uit de vergelijking tussen MBT en de objectrelatietheorie volgens Ogden blijkt dat, geestelijk verzorgers die gebruik maken van Ogden (en het onverdraaglijke verdragen), gebruik lijken te maken van een mentaliserende houding. Vermoedelijk gaat het hierbij niet alleen om het verdragen van de mentale toestand, maar vindt er ook een spiegelingenproces plaats. Dit wordt echter niet expliciet duidelijk, maar kan mogelijk een aanvulling zijn aan de theorie van Ogden en een extra onderbouwing vormen voor wat er precies gebeurt en voor wat de geestelijk verzorger doet. Aan de andere kant kan de theorie van Ogden juist een aanvulling zijn voor MBT, omdat deze theorie laat zien dat het noodzakelijk is om de betreffende mentale toestand te kunnen verdragen, om überhaupt een adequate spiegeling te kunnen geven. Het verblijven in de mentaliserende modus door de geestelijk verzorger is dus niet vanzelfsprekend (deze kan ook prementalistische modi innemen), maar wel noodzakelijk wil de ander tot mentaliseren en betekenisgeving kunnen komen. De geestelijk verzorger kan aspecten van MBT (mentaliserend houding) daarom mogelijk ook als methodiek gebruiken, waarbij reflectie op het eigen mentaliserend vermogen van belang is.

Aangezien de bevindingen in dit hoofdstuk naar voren komen op basis van een vergelijking van MBT met theorieën van geestelijke verzorging, is het de vraag hoe de theorie zich verhoudt tot de praktijk. Met andere woorden het is de vraag in hoeverre de gemiddelde geestelijk verzorger voldoet aan de theorie (die weliswaar een onderbouwing vormt voor het vak) en de bevindingen in dit hoofdstuk vertaalbaar zijn naar de praktijk. Om meer inzicht te verkrijgen in hoeverre de geestelijke verzorger in de praktijk gebruik maakt van (elementen van) MBT en in hoeverre MBT daarmee kan bijdragen aan een onderbouwing voor geestelijke verzorging vindt in het volgende hoofdstuk een empirisch onderzoeksdeel plaats. Aan de hand van een casusbeschrijving is in dit hoofdstuk overigens wel geïllustreerd hoe het (binnen MBT) essentiële proces van affectspiegeling ook in de praktijk van geestelijke verzorging kan plaatsvinden, waarbij tevens is geïllustreerd hoe de geestelijk verzorger gebruik lijkt te maken van een mentaliserende houding.

6. Geestelijke verzorging en MBT in de praktijk

Dit hoofdstuk beschrijft het empirisch deel van het onderzoek. Het betreft een onderzoek naar in hoeverre de geestelijk verzorger in de praktijk gebruik maakt van MBT. Aan de hand van de beschreven theorie over MBT (hoofdstuk twee en drie) vindt er een analyse plaats van casuïstiek: gesprekken van geestelijk verzorgers met patiënten. Hierbij wordt gekeken in hoeverre MBT terug te vinden is in casuïstiek die eigen is voor het vak geestelijke verzorging. Dit kan inzicht geven in hoeverre de geestelijk verzorger gebruik maakt van MBT en daarmee inzicht geven in hoeverre MBT kan bijdragen aan een onderbouwing voor geestelijke verzorging. Tevens kan het leiden tot aanbevelingen voor vervolgonderzoek. In totaal vindt er een analyse plaats van 25 verslagen van contacten tussen geestelijk verzorgers en patiënten. Een beschrijving van deze analyse, de uitkomsten en beperkingen vindt plaats in paragraaf 6.1. Vervolgens wordt in paragraaf 6.2 één van deze verslagen uitgebreid geanalyseerd. Dit geeft inzicht in hoeverre de geestelijk verzorger in deze casuïstiek gebruik maakt van MBT. Tevens geeft het een illustratie van de geanalyseerde casuïstiek in paragraaf 6.1 en leidt het tot aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Tot slot volgen de conclusies in paragraaf 6.3.

6.1 Analyse van casuïstiek

Teneinde inzicht te krijgen in hoeverre de geestelijke verzorger gebruik maakt van MBT zijn 25 casussen geanalyseerd. In deze paragraaf worden achtereenvolgens de aanpak, resultaten en beperkingen van deze analyse besproken.

6.1.1 Aanpak van de analyse

De casuïstiek die geanalyseerd is betreft een, niet eerder uitgegeven, bundel van 25 verslagen van contacten tussen geestelijk verzorgers en patiënten.²⁰¹ De bundel is door diverse geestelijke verzorgers van Lentis en GGzDrenthe samengesteld, waarbij de verslagen in een verhalende vorm zijn weergegeven. De samenstelling van deze ‘verhalende’ bundel had als doel om aan andere professionals duidelijk te maken wat er zoal gebeurt in de interactie tussen geestelijk verzorgers en patiënten. De verslagen geven dus iets weer van het eigene van wat de geestelijk verzorger doet. Om deze reden lijkt deze casuïstiek geschikt om te onderzoeken in hoeverre hier sprake is van MBT en daarmee in welke mate de geestelijk verzorger (al dan niet bewust) gebruik maakt van MBT.

Om de casuïstiek te kunnen toetsen zijn een aantal kenmerken van MBT opgesteld aan de hand van de belangrijkste aspecten die in hoofdstuk 3 naar voren komen (o.a. paragraaf 3.3 mentaliserende houding en paragraaf 3.4 interventies). Vervolgens is per casus gescoord in hoeverre deze kenmerken te herkennen zijn. Deze scoring is gedaan op een vijfpuntsschaal, waarbij is gekeken of een kenmerk niet, minimaal, enigszins, veel of zeer veel in de casuïstiek naar voren komt. De kenmerken, die op deze manier gescoord zijn, zijn weergegeven in tabel 1. Een uitgebreidere versie van de kenmerken, inclusief indicaties die kunnen wijzen op de aanwezigheid van de kenmerken, is opgenomen in bijlage 1. De eerste acht kenmerken zeggen vooral iets over de attitude of interventies van de geestelijk verzorger en de laatste vier kenmerken over wat er gebeurt met de patiënt in de interactie: het effect. De laatste vier kenmerken zeggen daarmee niet alleen iets over in hoeverre MBT wordt toegepast, maar

²⁰¹ Dompeling E., Muthert, H., Omvlee, B., Rijk, P. de, *Leven in Verhalen*, Lentis en GGz Drenthe (2000). Deze bundel is voor de analyse in deze scriptie beschikbaar gesteld, waarbij expliciet toestemming is verkregen van de betreffende auteur voor de publicatie van de casuïstiek in paragraaf 6.2.

mogelijk ook iets over de patiëntencategorie van de casuïstiek (het mentaliserend vermogen van patiënten kan mogelijk per werkveld van de geestelijke verzorging verschillen).

	In welke mate zijn er indicaties die erop wijzen dat:
1	de geestelijk verzorger de ander <i>mind in mind</i> heeft of probeert te hebben
2	de geestelijk verzorger een 'niet-wetende houding' heeft of handhaaft
3	de geestelijk verzorger gericht is op het vormen van representaties van de mentale toestanden van de ander, zowel door hemzelf als door de patiënt
4	de geestelijk verzorger gericht is op het vormen van rijkere representaties (andere perspectieven), zowel door hemzelf als door de patiënt
5	de geestelijk verzorger de mentale toestand(en) van de ander spiegelt
6	de geestelijk verzorger zich bewust is van het zelfreprenterend karakter
7	de geestelijk verzorger gericht is op het mentaliseren over anderen of relaties
8	de geestelijk verzorger aanstuurt op bepaalde affecten binnen de relatie
9	de patiënt representaties vormt van zijn of haar mentale toestand (mentaliseren komt op gang)
10	de patiënt in de interactie andere/verschillende (rijke) representaties vormt
11	er een hechtingsrelatie gevormd is/wordt
12	er <i>moments of meeting</i> plaats vinden

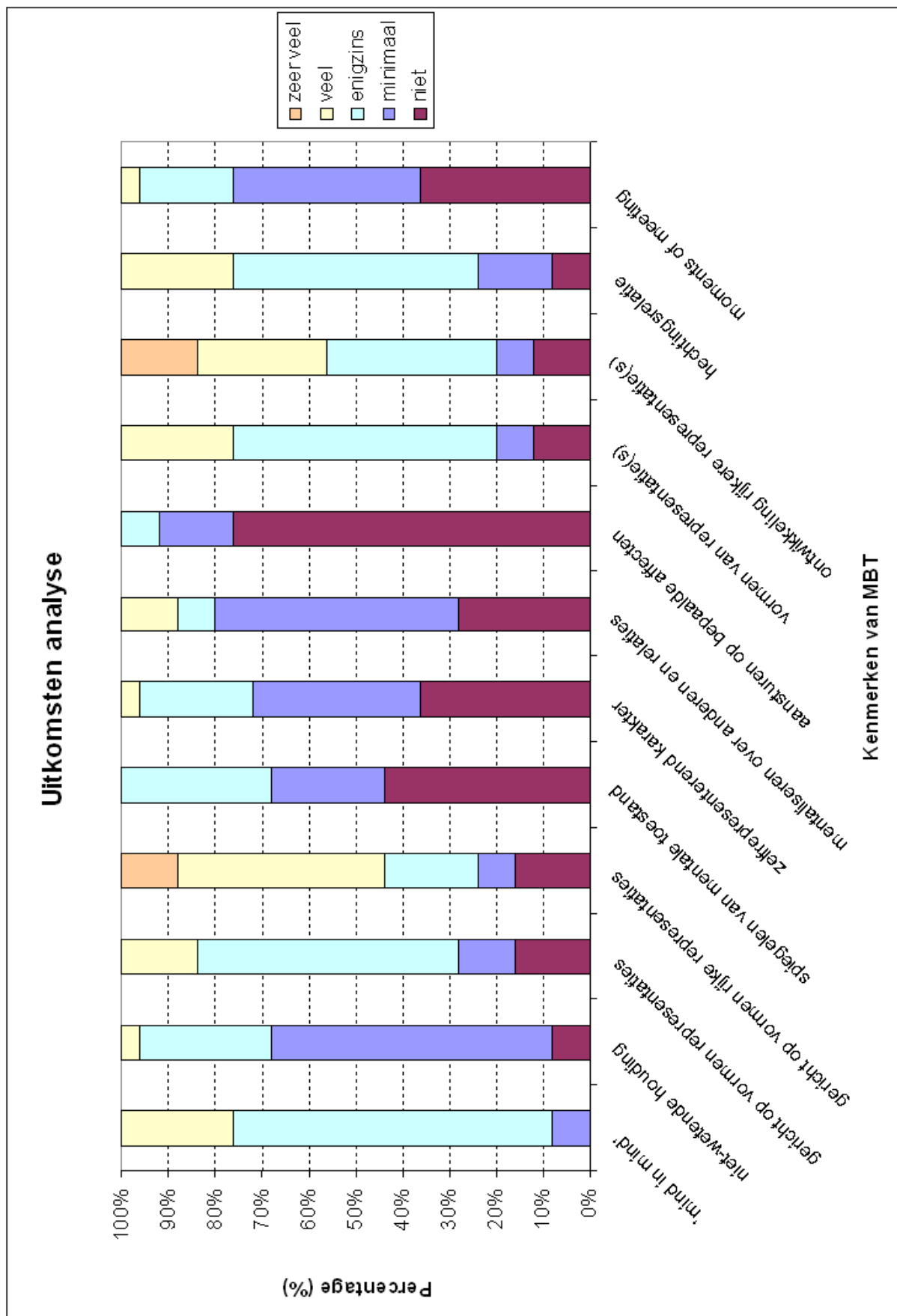
Tabel 1 kenmerken van MBT gebruikt voor de toetsing van de casuïstiek

6.1.2 Resultaten van de analyse

De resultaten van de uitgevoerde analyse zijn weergegeven in figuur 1. Hierin is weergegeven in hoeverre de gedefinieerde kenmerken van MBT te herkennen zijn in de geanalyseerde casuïstiek.

Zoals blijkt uit figuur 1 zijn er in meer dan 70% van de casuïstiek (enigszins tot veel) indicaties dat de kenmerken één ('het *mind in mind* hebben') en drie (gericht op vormen representaties) voorkomen. Indicaties voor kenmerk één komen zelfs in vrijwel alle casuïstiek terug. Tevens zijn er in meer dan 70% van de casuïstiek (enigszins tot zeer veel) indicaties dat kenmerk vier (gericht op vormen rijke representaties) voor komt. Deze drie kenmerken zijn belangrijke kenmerken van een mentaliserende houding. Op basis van deze drie kenmerken lijkt het er dus op dat de geestelijke verzorger in 70% van de casuïstiek, in een bepaalde mate, een mentaliserende houding aanneemt. Echter, indicaties voor twee andere belangrijke kenmerken, kenmerk twee (niet-wetende houding) en zes (zelfreprenterend karakter), komen juist in respectievelijk 68% en 72% van de casuïstiek niet tot minimaal voor. Dit lijkt te verklaren doordat deze kenmerken moeilijk uit de casuïstiek te destilleren zijn omdat ze gaan over een innerlijke houding van de geestelijk verzorger, die minder goed is te meten aan de hand van expliciete uitspraken. Daarbij komt dat kenmerk twee (niet-wetende houding) juist gaat over iets wat er niet is (geen assumpties, invullingen etc.), wat dit kenmerk lastig te meten maakt.

Indicaties voor een ander zeer belangrijk kenmerk van MBT, kenmerk vijf (spiegeling), komen in 100% van de casuïstiek slechts niet, minimaal of enigszins voor. Het ontbreken van een volledige letterlijke weergave, non-verbale communicatie en intonatie maakt het lastig om een eventueel spiegingsproces te herkennen. Het zegt dus niet perse iets over wat de geestelijke verzorger doet, maar mogelijk juist iets over de weergegeven casuïstiek en de mogelijkheden die deze biedt voor analyse. Vervolgonderzoek wordt aanbevolen om dit (voor MBT) wezenlijke kenmerk goed te kunnen toetsen.



Figuur 1 kenmerken van MBT in de geanalyseerde casuïstiek

Indicaties voor de kenmerken zeven (mentaliseren over anderen en relaties) en acht (aansturen op bepaalde affecten) komen in respectievelijk 80% en 92% van de casuïstiek niet tot minimaal voor. Het lijkt erop dat de geestelijk verzorger hier niet specifiek op gericht is of bewust op aanstuurt. Hier ligt vermoedelijk een verschil tussen MBT en geestelijke verzorging, welke overeen komt met de in hoofdstuk vijf geconstateerde verschillen, ten gevolge van een verschil in context en doelgerichtheid. Waar de therapeut binnen MBT ook specifiek gericht is op het mentaliseren over anderen en relaties en op het aansturen op bepaalde affecten binnen de relatie (ten behoeve van klinische behandeldoelen), lijkt de geestelijk verzorger dit niet specifiek te doen.

In 80% van de casuïstiek zijn, enigszins tot veel indicaties dat kenmerk negen (vormen van representaties) en enigszins tot zeer veel indicaties dat kenmerk tien (ontwikkeling rijke representaties), voor komt. Het lijkt er dus op dat in een groot deel van de casuïstiek er representaties worden gevormd door de patiënt, wat betekent dat het mentaliseren op gang is gekomen of gebleven. Het is aannemelijk dat dit ook iets zegt over de geestelijk verzorger, met wie in interactie de representaties gevormd worden. Vermoedelijk beschikt de geestelijk verzorger over een mentaliserende houding, aangezien mentaliseren doet mentaliseren. Mogelijk speelt hierin ook een spiegelingproces een rol, al wordt dit, zoals reeds benoemd, uit de casuïstiek niet goed duidelijk.

In 76% van de casuïstiek zijn enigszins tot veel indicaties dat kenmerk 11 (hechtingsrelatie) voor komt. Het lijkt er dus op dat er in bepaalde mate sprake is van een hechtingsrelatie of dat deze tot stand komt, wat binnen MBT zowel een voorwaarde als een gevolg kan zijn van een proces van mentaliseren. In 76% van de casuïstiek zijn er geen tot minimale indicaties dat kenmerk 12 (*moments of meeting*) voorkomt. Dit kenmerk is moeilijk meetbaar, mede omdat er in de analyse moeilijk inzicht is te verkrijgen in hoe de betrokkenen de ontmoeting ervaren. Om vast te stellen in hoeverre *moments of meeting* plaats vinden is dus vervolgonderzoek nodig.

Over het geheel valt op dat in een groot deel van de casuïstiek de kenmerken, die gaan over het vormen van rijke representaties, naar voren komen, zowel in de gerichtheid hierop van de geestelijk verzorger (kenmerk vier) als in de ontwikkeling ervan door de patiënt (kenmerk tien). Het lijkt er dus op dat de geestelijk verzorger een mentaliserende houding aanneemt en de patiënt in de interactie tot mentaliseren komt. Aan de andere kant zegt het mogelijk ook iets over waar geestelijk verzorgers hun aandacht op richten bij de weergave van casuïstiek (of bij de uitleg van hun vak). De mate waarin kenmerk vier en tien naar voren komen in de casuïstiek bevestigen de observatie uit hoofdstuk vijf, dat vaak passages, waarin een diepere betekenislaag te herkennen is, beschreven zijn. Tevens is de interactie vaak onvolledig weergegeven. Mogelijk kan de geestelijk verzorger op deze manier wel duidelijk maken wat deze bijdraagt, maar is het moeilijker om te beschrijven *hoe* de geestelijk verzorger tot dit resultaat is gekomen. Dit sluit aan bij de opmerking van Körver, in de inleiding van dit onderzoek, dat geestelijk verzorgers eigenlijk niet zo veel weten over wat ze feitelijk doen of dit in ieder geval moeilijk onder woorden kunnen brengen. Op het congres waar Körver aanwezig was gaven geestelijk verzorgers veelal aan dat ze aan de relatie met de cliënt hadden gewerkt, in één woord: aanwezigheid, presentie.²⁰² Indien de aanwijzingen uit hoofdstuk vijf blijken te kloppen, biedt het spiegelingproces van mentale toestanden mogelijk een theoretisch kader voor dit ‘aanwezig zijn’ en kan dit een belangrijke onderbouwing bieden voor het handelen en kunnen van de geestelijk verzorger.

In vervolgonderzoek kan onderzocht worden in hoeverre de hier beschreven uitkomsten representatief zijn voor het gemiddelde gesprek en in hoeverre het spiegelingproces daadwerkelijk plaats vindt in de interactie tussen geestelijk verzorgers en patiënten.

²⁰² Körver, s., ‘Meer dan aanwezig zijn!’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 18 (2015) 47.

Als toevoeging aan de hierboven beschreven resultaten is in tabel 2 de gemiddelde score per kenmerk en de bijbehorende standaarddeviatie, weergegeven. Aan de hand van het gemiddelde kunnen de kenmerken makkelijker met elkaar worden vergeleken, waarbij de standaarddeviatie inzicht geeft in de spreiding in de scores op een kenmerk. Zo is in de tabel te zien dat indicaties voor de kenmerken vier (gericht op het vormen rijke representaties), tien (ontwikkeling van rijke representaties) en kenmerk één ('het *mind in mind* hebben') met een gemiddelde score van respectievelijk 3,3, 3,3 en 3,2, het meest voorkomen in de casuïstiek (gemiddeld meer dan 'enigszins' en minder dan 'veel'). De spreiding is in het geval van deze eerste twee kenmerken relatief hoog, respectievelijk 1,3 en 1,2, wat duidt op een relatief grote variatie in de gemeten score per casus. De spreiding in het derde genoemde kenmerk ('het *mind in mind* hebben') is relatief laag (0,6), wat duidt op een kleinere variatie in de score per casus. De tabel biedt mogelijkheden voor een verdere analyse van de resultaten aan de hand van de gemiddelden en de standaarddeviatie. Op deze plaats wordt voor nu met het weergeven van de tabel volstaan, als toevoeging op de reeds uitgebreide analyse van de resultaten hierboven (aan de hand van figuur 1).

	Geestelijk Verzorger					
Kenmerk van MBT:	'mind in mind'	niet-wetende houding	gericht op vormen representaties	gericht op vormen rijke representaties	spiegelen van mentale toestand	zelfreprenterend karakter
Gemiddelde:	3,2	2,3	2,7	3,3	1,9	2,0
Standaard deviatie:	0,6	0,7	0,9	1,3	0,9	0,9
	Geestelijk verzorger			Patient		
Kenmerk van MBT:	mentaliseren over anderen en relaties	aansturen op bepaalde affecten	vormen van representatie(s)	ontwikkeling rijkere representatie(s)	hechtingsrelatie	moments of meeting
Gemiddelde:	2,0	1,3	2,9	3,3	2,9	1,9
Standaard deviatie:	0,9	0,6	0,9	1,2	0,9	0,9

Tabel 2 gemiddeldes en standaarddeviatie

6.1.3 Beperkingen van de analyse

De analyse van de casuïstiek heeft een aantal beperkingen. Zo is het aantal geanalyseerde verslagen (weliswaar van verschillende auteurs) beperkt tot 25. Dit vanwege de tijdspanne van het onderzoek. Tevens komt de onderzochte casuïstiek uit slechts twee werkvelden (psychiatrie en een verpleeghuis). Het is mogelijk dat er verschillen zijn in casuïstiek (en in wat de geestelijk verzorger doet) in verschillende werkvelden. Hier komt bij dat, ondanks een grote zorgvuldigheid, het scoren van de verschillende kenmerken uitgevoerd is door één persoon (de auteur van deze scriptie), waardoor een (geheel) objectief beeld moeilijk mogelijk is. Voor een representatief beeld is dus vervolgonderzoek nodig. Desalniettemin geeft de analyse een indicatie van in hoeverre de geestelijk verzorger (in dit werkveld) gebruik maakt van MBT, brengt het knelpunten (van de analyse) in beeld en geeft het handreikingen voor vervolgonderzoek.

Naast de hierboven genoemde beperkingen van de analyse zijn er nog een aantal beperkingen aan de casuïstiek. Zo is het de vraag in hoeverre de groep casussen, gezien het doel ervan, representatief is voor het gemiddelde gesprek. Tevens roept het de vraag op in hoeverre de casuïstiek vervormt is, doordat deze later is opgeschreven en waarom wat wel en wat niet is weergegeven. Zo valt op dat in een groot deel van de casuïstiek de interactie niet letterlijk is weergegeven en dat vaak passages, waarin een diepere betekenislaag te herkennen is, zijn beschreven. Zoals benoemt in hoofdstuk vijf lijkt dit illustratief voor veel casuïstiek betreffende geestelijke verzorging. Tevens valt op dat in veel van de geanalyseerde casussen vooral de patiënt in beeld is en niet de geestelijk verzorger, wat het moeilijker maakt om iets te zeggen over de interventies van de geestelijk verzorger. Zoals blijkt uit de vergelijking tussen MBT en verschillende benaderingen van geestelijke verzorging (hoofdstuk vijf), zijn er sterke aanwijzingen dat de geestelijk verzorger gebruik maakt van een proces van spiegeling

van mentale toestanden. Het ontbreken van een letterlijke weergave maakt het echter lastig om een eventueel spiegingsproces (wat als essentieel onderdeel van MBT gezien wordt) te herkennen. Daar komt bij dat een groot deel van deze spiegelingen niet expliciet, maar impliciet plaats vindt. Het gaat dan dus om de non-verbale communicatie en intonatie, die moeilijk in een beschreven casus is weer te geven of te herkennen. Een belangrijke aanbeveling voor vervolgonderzoek is daarom om videoanalyses uit te voeren van de gesprekken tussen geestelijk verzorgers en patiënten. Zo kan het gehele gesprek in beeld worden gebracht en getoetst worden in hoeverre deze spiegingsprocessen (en andere interventies) plaats vinden.

In het scoren van de, in tabel 1, genoemde kenmerken zijn er een aantal zaken die opvallen. Door een gebrek aan intonatie en non-verbale communicatie is een bepaalde interventie van de geestelijk verzorger in sommige gevallen lastig te scoren op de kenmerken twee (niet-wetende houding) en zes (zelfreprenterend karakter). Ze gaan over een innerlijke houding van de geestelijk verzorger, die zich niet altijd lijkt te uiten in een expliciete uitspraak. Tevens blijkt kenmerk twee soms moeilijk meetbaar, omdat deze juist gaat over iets wat er niet is (geen assumpties, invullingen etc.). Interviews naar de intenties (van bepaalde interventies) van de geestelijke verzorger kunnen daarom, naast videoanalyse, een aanvulling zijn in vervolgonderzoek. Wat verder opvalt is dat naast de (mentalisierend bevorderende) interventies, er soms (binnen een kenmerk) tegenovergestelde interventies plaats vinden. Zo kan er bijvoorbeeld een interventie plaatsvinden die juist niet getuigt van een niet-wetende houding (kenmerk twee), die het mentaliseren juist kan ondermijnen. Met het scoren van de kenmerken is rekening gehouden met deze eventueel tegenovergestelde interventies en pakt een score van een kenmerk dan dus lager uit. In bovenstaand voorbeeld wordt dan dus juist lager gescoord op een niet-wetende houding. Verder valt op dat in sommige gevallen een interventie een score op meerdere kenmerken tegelijk oplevert. Dit komt doordat sommige kenmerken met elkaar samenhangen. Zo zijn kenmerk één tot en met zes allemaal kenmerken van een mentaliserende houding. Daarnaast is een goede analyse in enkele gevallen lastig doordat een interventie voor meerdere interpretatie vatbaar is (met name als ook de reactie van de patiënt onduidelijk is). Het is dan bijvoorbeeld de vraag of er sprake is van een spiegeling of juist het doorbreken van een niet-wetende houding. In andere woorden: wordt weergegeven wat de patiënt daadwerkelijk bedoelde (een contingente spiegeling van zijn gemoedstoestand) of is het een invulling van de geestelijk verzorger? Mede door een gebrek aan non-verbale communicatie en intonatie is dit moeilijk vast te stellen. Tevens kan (in de analyse) geen verdere uitleg aan de betreffende geestelijk verzorger en patiënt gevraagd worden. Desalniettemin is er in de meeste gevallen wel onderscheid in de kenmerken mogelijk. Tot slot blijken de kenmerken elf (hechtingsrelatie) en twaalf (*moments of meeting*) moeilijk te meten aan de hand van een specifieke uitspraak. Kenmerk elf is met name gescoord aan de hand van in hoeverre er veiligheid ontstond om een bepaald narratief (van mentale toestanden) te laten ontvouwen, dan wel dat contingente spiegelingen van de geestelijk verzorger hieraan bijdragen. In een enkel geval wordt de veiligheid door de patiënt benoemd. Het lijkt erop dat dit voldoende is om dit kenmerk redelijk goed te kunnen meten. Betreffende kenmerk twaalf bestaat er soms wel een vermoeden van een *moment of meeting*, maar is er een gebrek aan non-verbale communicatie, intonatie en inzicht in hoe de betrokkenen de ontmoeting ervaren. Het maakt dit kenmerk minder goed meetbaar. In enkele casussen komen aspecten van de *moments of meeting* expliciet naar voren. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om geestelijk verzorgers en patiënten te interviewen naar de ervaringen betreffende kenmerk elf en twaalf. Op deze manier kan meer inzicht verkregen worden in hoeverre deze kenmerken (van MBT) voorkomen in de interactie tussen geestelijk verzorgers en patiënten.

6.2 Uitgebreide analyse van een casus

In deze paragraaf wordt een casus, uit de bundel van Lentis en GGzDrenthe²⁰³, weergegeven en geanalyseerd aan de hand van de theorie over MBT in hoofdstuk 2 en 3. Dit geeft inzicht in hoeverre de geestelijk verzorger in deze casuïstiek gebruik maakt van MBT. Tevens geeft het een illustratie van de casuïstiek die geanalyseerd is in paragraaf 6.1 en leidt het tot aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

De geanalyseerde casus is de casus ‘Verder kijken’, van Anita Akkerman en komt uit een verpleeghuissetting. Alvorens deze casus wordt geanalyseerd, is deze hieronder weergegeven:

‘Welk beeld iets uitdrukt van hoe ik me van binnen voel?’

Even tilt de heer Jansen z'n hoofd op. We zitten op z'n kamer, zoals wel vaker.
Vandaag zit hij op z'n praatstoel.

‘Ik denk dat winterbeeld.
Het heeft iets troosteloos,
moet je eens kijken,
geen blaadje meer aan die bomen te zien,
alles grijs en grauw.
Iemand zei eens tegen me:
Ik voel me net een boom in een bos,
waarvan alle bomen één voor één gekapt worden.
Dat beeld komt nu weer boven.
Ik herken het zo, nu ik zo oud geworden ben
en zeker nu mijn vrouw is overleden.
Alsof alles van waarde mij ontglipt.

Verleden week tijdens de gespreksgroep hadden we het er nog over,
u nam dat tegeltje mee,
het hing ook altijd bij ons thuis in de gang
“Van het concert des levens krijgt niemand een program.”
Vroeger stond ik er niet zo bij stil,
maar nu denk ik, da's maar goed ook,
als ik had geweten van de zwaarte van het gemis;
ik vind het bijna niet te dragen.

Nu mijn vrouw is overleden
denk ik regelmatig aan mijn moeder,
ze was heel vroeg weduwe.
Ik heb mijn vader helemaal niet gekend,
een halfjaar na mijn geboorte stierf hij.
Ze ging maar door, mijn moeder,
vier kinderen in haar eentje grootbrengen.
Het verkopen langs de deuren
in weer en wind,
ze hield er stramme handen aan over,
ze kon er later niks meer mee.

²⁰³ Dompeling e.a., E., *Leven in Verhalen*, Lentis en GGz Drenthe (2000).

Wat haar gaande hield?
Ik weet het niet,
daar hadden we het niet over.
Wat er in haar leefde,
daar hoorde je haar niet over.
Nu denk ik, hadden we het daar maar eens over gehad.

Typerend voor haar?
Niet klagen, maar dragen.
Werkelijk waar, je hoorde haar nooit.
Hoe is het mogelijk, denk ik nu.
Maar ze liet ook zo weinig van zichzelf zien.

Maar nu u er zo naar vraagt,
ze neuriede vaak eenzelfde lied,
tijdens het verstellen van onze kleding,
tijdens het koken,
ik zie het nog zo voor me.
Natuurlijk een Gronings lied,
wij zijn Groningers in hart en nieren,
ik ook, altijd gebleven,
ook al woon ik al zo lang hier.
Ik bedoel dat lied van Ede Staal
“‘t Het nog nooit, nog nooit zo donker west
of t wer altied wel weer lich...”

Dat lied klinkt nu in mij,
hoe ouder ik word,
hoe luider het in mij klinkt.
Gek vind ik dat, want ik had er eerder niks mee.

Wat me er zo in raakt?
Nu, dat zij, mijn moeder, het zong om door te gaan.
Haar verlangen naar uitzicht, naar licht het is ook mijn verlangen geworden.
Het verlangen om verder te kijken
om niet helemaal op te gaan
in wat me hier en nu overkomt.

Of zij mij dat heeft geschonken?
Ja, mooi eigenlijk.
Ze zal zich er helemaal niet bewust van zijn geweest.
Zo'n klein zaadje, dat ze heeft gezaaid in mijn leven.

Samen zingen, nu? Dit lied?
... dat is goed.’ ’²⁰⁴

²⁰⁴ Akkerman, A., ‘Verder kijken’, in: E. Dompeling, H. Muthert, B. Omvlee, P. de Rijk, *Leven in Verhalen*, Lentis en GGz Drenthe (2000).

Gezien de grootte van de casus zal niet elke zin volledig geanalyseerd worden, maar worden de opvallendste kenmerken betreffende MBT, of het ontbreken ervan, besproken. Wat opvalt in de casus is dat de geestelijk verzorger alleen in beeld lijkt te zijn bij het stellen van enkele vragen. Ook is het niet duidelijk of de casus het gehele gesprek betreft of dat alleen bepaalde passages weergegeven zijn. Het maakt het moeilijker om te analyseren wat de geestelijk verzorger doet. Daar komt bij dat eventuele impliciete spiegelingenprocessen, die essentieel zijn binnen MBT, niet herkend kunnen worden. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is daarom om videoanalyses uit te voeren van de gesprekken tussen geestelijk verzorgers en patiënten, zodat het gehele gesprek in beeld kan worden gebracht.

De casus bestaat voor een groot deel uit een narratief dat zich ontwikkelt, aan de hand van enkele vragen die herhaald lijken te worden en vermoedelijk van de geestelijk verzorger afkomstig zijn. In het narratief komen veel verschillende representaties naar voren van de mentale toestand van meneer Jansen, die een gevolg is van de situatie waar deze meneer in zit (het ouder worden, het verlies van zijn vrouw). Naar voren komen representaties als 'troosteloos', 'de zwaarte van het gemis' en (rijkere) representaties als 'ik voel me net een boom in het bos, waarvan alle bomen één voor één worden gekapt', 'alsof alles van waarde mij ontglipt'. In andere woorden: de meneer is al vertellende zijn mentale toestand aan het mentaliseren, wat bij kan dragen aan het kunnen hanteren ervan. De vraag van de geestelijk verzorger 'Welk beeld iets uitdrukt van hoe ik me van binnen voel?' brengt dit proces op gang en is een aanwijzing dat de geestelijk verzorger in bepaalde mate een mentaliserende houding heeft gericht op het begrijpen van de ander (*mind in mind* hebben) en daarbij gericht is op het vormen van (rijke) representaties van mentale toestanden (kenmerken van MBT). Het lijkt erop dat het gekozen beeld een spiegeling geeft van de gemoedstoestand van de meneer. Wat opvalt is dat de geestelijk verzorger de heer Jansen zelf dit beeld laat kiezen en vervolgens de ruimte geeft aan meneer Jansen voor het ontvouwen van een narratief waarin duidelijk wordt (zowel voor de geestelijk verzorger als voor de heer Jansen) hoe dit beeld zijn toestand representeert. Het lijkt het er dus op dat de geestelijke verzorger ook in een bepaalde mate een niet-wetende houding handhaaft (de geestelijke verzorging vult het niet in), waarmee het mentaliseren wordt gestimuleerd. Door de geestelijk verzorger te vragen naar de intentie van en attitude bij de interventies, kan hier meer inzicht in worden verkregen. Dit valt echter buiten deze analyse en is een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

In hoeverre de geestelijke verzorger gedurende de ontvouwing van het narratief de heer Jansen spiegelt, wat het mentaliseren van de ander en de hechtingsrelatie kan bevorderen, is zoals reeds benoemd onduidelijk. Dit komt doordat deze spiegelingen voor een groot deel impliciet en niet expliciet plaatsvinden. Wel is een spiegeling van de mentale toestand van de heer Jansen te herkennen in de vraag 'Wat me er zo in raakt?'. Blijkbaar heeft de geestelijk verzorger een representatie gevormd van de mentale toestand van de heer Jansen: 'geraakt zijn'. De vraag lijkt (evenals de hierboven besproken vraag) een aanwijzing dat de geestelijk verzorger in bepaalde mate een mentaliserende houding heeft gericht op het begrijpen van de ander (*mind in mind* hebben) en op het vormen van representaties van deze mentale toestand door de patiënt. Indien het een contingente spiegeling betreft (wat het geval lijkt gezien de reactie van de meneer), is er in een bepaalde mate mogelijk ook sprake van een niet-wetende houding die gericht is op het exploreren van de beleving van meneer Jansen.

Via het beeld van zijn moeder, die altijd maar door ging, ontstaat gedurende het gesprek een ruimer perspectief op zijn situatie: 't is nog nooit zo donker west of t wer altied wel weer licht', 'het verlangen om verder te kijken, om niet helemaal op te gaan in wat me hier en nu overkomt'. Met andere woorden het lijkt erop dat de mentale toestand (die samenhangt met de situatie) van de heer Jansen is veranderd evenals de representaties daarvan. Het lijkt erop dat, doordat het mentaliseren op gang is gekomen, het voor de heer Jansen mogelijk wordt om andere gezichtspunten te overwegen. Volgens Allen et al. is mentaliseren te zien als een voortgaand proces, waarbij door het vormen van representaties de

mentale toestand verandert en door het veranderen van de mentale toestand op hun beurt de representaties kunnen veranderen.²⁰⁵ In het vinden van dit ruimere perspectief lijkt de geestelijk verzorger een rol te spelen door het stellen van de vragen: ‘Wat haar gaande hield?’ en ‘Typerend voor haar?’. Met deze vragen wordt het mentaliseren over anderen (zijn moeder), die mogelijk een ander perspectief hebben, aangemoedigd (een kenmerk van MBT). De vragen lijken gericht op het ontvouwen van mogelijke perspectieven (rijke representaties), al is de precieze intentie van de geestelijk verzorger achter deze vragen niet bekend.

Met de vraag, ‘Of ze mij dat heeft geschonken?’, brengt de geestelijk verzorger een beeld in (dat de ‘mogelijkheid om verder te kijken’ een geschenk is van zijn moeder). Aangezien dit beeld afkomstig is van de geestelijk verzorger doorkruist dit een niet-wetende houding. Toch betreft het een interventie die passend lijkt te zijn binnen MBT, aangezien interventies aangepast dienen te worden aan het mentaliserend vermogen van de ander. Het inbrengen van dit beeld is mogelijk indien er voldoende veiligheid is en de ander (op dat moment) over voldoende mentaliserend vermogen beschikt. Dit lijkt het geval te zijn, doordat de heer Jansen het beeld kan hanteren en zelfs een rijkere representatie vormt (‘Zo’n klein zaadje, dat ze gezaaid heeft in mijn leven.’).

De laatste vraag van de geestelijk verzorger, ‘Samen zingen, nu? Dit lied?’, lijkt (vanuit MBT gezien) gericht op expressie van de mentale toestand, waarbij representaties gevormd (of versterkt) worden. Het zingen zelf is voor meneer Jansen dus mogelijk een vorm van expliciet mentaliseren (evenals tekenen of schilderen dat zouden kunnen zijn).

Als gekeken wordt naar de kenmerken van MBT die gedefinieerd zijn in paragraaf 6.1, dan zijn er in deze casus vooral indicaties voor de aanwezigheid van kenmerk drie (gericht op het vormen van representaties), kenmerk vier (gericht op het vormen van rijke representaties (andere perspectieven)), kenmerk negen (de patiënt representaties vormt van zijn mentale toestand), kenmerk tien (de patiënt in interactie andere/verschillende (rijke) representaties vormt) en in iets mindere mate kenmerk één (de geestelijk verzorger de ander *mind in mind* heeft of probeert te hebben). Ook kenmerk zeven (de geestelijk verzorger gericht is op mentaliseren over anderen) komt naar voren. Voor de aanwezigheid van kenmerk twee (niet-wetende houding) zijn aanwijzingen, maar dit kenmerk is moeilijker te herkennen. Mogelijk duidt juist het gegeven dat de geestelijk verzorger weinig in beeld is op een niet-wetende houding. Er ontbreekt echter informatie die de intentie en attitude van de geestelijk verzorger duidelijk maakt. Dit geldt ook voor kenmerk zes (de geestelijk verzorger zich bewust is van het zelfreprenterend karakter), waar geen duidelijke aanwijzingen voor zijn. Het is dus moeilijk vast te stellen of deze kenmerken ontbreken, dan wel moeilijk waar te nemen zijn. Dit geldt ook voor kenmerk vijf (de geestelijk verzorger spiegelt de mentale toestand van de ander), die éénmaal expliciet naar voren komt. In een bepaald opzicht is het aangereikte en gekozen beeld, in het begin van de casus, ook te zien als een spiegeling van de geestelijk verzorger. Indicaties voor kenmerk acht (de geestelijk verzorger aanstuurt op bepaalde affecten binnen de relatie) lijken niet aanwezig te zijn. De geestelijk verzorger lijkt hier niet gericht op het aansturen en (vervolgens) mentaliseren van affecten binnen de relatie (in het kader van klinische behandeldoelen). Dit lijkt, zoals ook blijkt uit hoofdstuk vijf en paragraaf 6.1 een verschil tussen MBT en geestelijke verzorging, als gevolg van een verschil in context en doelgerichtheid. In de casus lijkt er sprake van voldoende veiligheid om, aan de hand van mentale toestanden, een narratief te laten ontvouwen. Het lijkt er dus op dat kenmerk elf (er een hechtingsrelatie gevormd is/wordt) in een bepaalde mate aanwezig is, wat het mentaliseren stimuleert. Indicaties voor kenmerk twaalf (er *moments of meeting* plaatsvinden) zijn moeilijk te herkennen, omdat inzicht ontbreekt in hoe de betrokkenen de ontmoeting ervaren.

Samengevat kan worden geconcludeerd dat in de bovenstaande casus de patiënt, in interactie met de geestelijk verzorger, tot mentaliseren komt. Het lijkt erop dat de geestelijk

²⁰⁵ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

verzorger hierbij in een bepaalde mate een mentaliserende houding heeft en gericht is op het vormen van (rijke) representaties van mentale toestanden. Om meer inzicht te krijgen in hoeverre de geestelijk verzorger gebruik maakt van MBT, wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek video analyses (of observaties) uit te voeren en de geestelijk verzorger en patiënt te interviewen. Zo kan inzicht verkregen worden in hoe intonatie en non-verbale communicatie een rol spelen (impliciete spiegelingenprocessen), in de intentie en attitude van de geestelijk verzorger (bij bepaalde interventies) en in hoe de betrokkenen de ontmoeting ervaren (hechtingsrelatie en *moments of meeting*).

Opgemerkt moet worden dat de bovenstaande conclusies enkel gelden voor de casus die hier geanalyseerd is en dat dit dus geen representatief beeld geeft over alle 25 onderzochte casussen. Zo zijn er in de onderzochte casuïstiek bijvoorbeeld ook casussen waarin het mentaliseren beperkt tot stand lijkt te komen. Voor een overzicht van de resultaten van de analyse van alle casuïstiek wordt verwezen naar paragraaf 6.1.2. De hier besproken beperkingen en aanbevelingen lijken wel generaliseerbaar, omdat deze ook naar voren komen in de analyse van de andere casuïstiek.

6.3 Conclusies

Om inzicht te krijgen in hoeverre geestelijk verzorgers gebruik maken van MBT is getoetst in hoeverre MBT terug te vinden is in casuïstiek, die 'eigen' is voor het vak geestelijke verzorging. In totaal zijn, in dit empirisch deel van het onderzoek, 25 verhalende verslagen van contacten tussen geestelijk verzorgers en patiënten geanalyseerd. Het aantal onderzochte verslagen is dus beperkt, waarbij tevens opgemerkt moet worden dat de casuïstiek uit twee werkvelden komt en het niet geheel duidelijk is in hoeverre de casussen representatief zijn voor het gemiddelde gesprek. Hier komt bij dat, ondanks een grote zorgvuldigheid, de analyse van de casuïstiek is uitgevoerd door één persoon (de auteur van deze scriptie), waardoor een (geheel) objectief beeld moeilijk mogelijk is. Voor een representatief beeld is dus vervolgonderzoek nodig. Desalniettemin geeft de analyse een indicatie in hoeverre de geestelijk verzorger (in dit werkveld) gebruik maakt van MBT en geeft het handreikingen voor vervolgonderzoek.

De analyse van de casuïstiek geeft een belangrijke indicatie dat geestelijk verzorgers gebruik maken van een mentaliserende houding in gesprekken en dat patiënten in de interactie (in een bepaalde mate) tot mentaliseren komen. In meer dan 70% van de casuïstiek komen enigszins tot veel indicaties voor dat de geestelijk verzorger de ander *mind in mind* heeft of probeert te hebben en dat de geestelijk verzorger gericht is op het vormen van representaties van de mentale toestanden van de ander. Tevens zijn er in meer dan 70% van de casuïstiek enigszins tot zeer veel indicaties dat de geestelijk verzorger gericht is op het vormen van rijke representaties in de vorm van andere perspectieven. In 80% van de casuïstiek zijn, enigszins tot veel indicaties, dat de patiënt representaties van zijn mentale toestanden vormt en enigszins tot zeer veel indicaties dat deze rijke representaties ontwikkelt. Het is aannemelijk dat ook deze uitkomsten, betreffende het mentaliseren van de patiënt, iets zeggen over de geestelijk verzorger, met wie in interactie de representaties gevormd worden. De geestelijk verzorger beschikt dan vermoedelijk (in een bepaalde mate) over een mentaliserende houding, aangezien mentaliseren doet mentaliseren. Mogelijk speelt hierin ook een (impliciet) spiegelingenproces een rol, wat echter moeilijk in de expliciet weergegeven casuïstiek waar te nemen valt.

Verder zijn er in 76% van de casuïstiek enigszins tot veel indicaties dat er een hechtingsrelatie gevormd is. Het lijkt er dus op dat er in bepaalde mate sprake is van een hechtingsrelatie of dat deze tot stand komt, wat binnen MBT zowel een voorwaarde als een gevolg kan zijn van een proces van mentaliseren.

De analyse van de casuïstiek geeft tevens een indicatie dat geestelijk verzorgers niet specifiek gericht zijn op het mentaliseren over anderen en relaties en op het aansturen en (vervolgens) mentaliseren van affecten binnen de relatie (in het kader van klinische behandeldoelen). Deze aspecten komen in respectievelijk 80% en 92% van de casuïstiek slechts niet tot minimaal voor. Dit duidt op een verschil tussen MBT en geestelijke verzorging, zoals ook reeds geconstateerd in hoofdstuk vijf, vermoedelijk ten gevolge van een verschil in context en doelgerichtheid.

Een viertal andere aspecten van MBT blijken, om verschillende redenen, minder goed meetbaar in de analyse. Deze aspecten van MBT komen in een mindere mate in de casuïstiek naar voren, waarbij moeilijk vast te stellen is of dit komt doordat deze niet aanwezig zijn of doordat deze moeilijk in de casuïstiek waar te nemen zijn. De uitkomst zegt dus niet perse iets over wat de geestelijk verzorger wel of niet doet, maar mogelijk juist iets over de weergegeven casuïstiek en de mogelijkheden die deze biedt voor analyse. Zo zijn de mate waarin de geestelijk verzorger een niet-wetende houding heeft of handhaaft en zich bewust is van het zelfrepresenterend karakter van zijn representaties moeilijk meetbaar, omdat ze gaan over een (innerlijke) attitude van de geestelijk verzorger, die niet altijd zichtbaar is in expliciete uitspraken. Ook eventuele spiegingsprocessen, die essentieel zijn binnen MBT, zijn moeilijk meetbaar. Dit komt doordat in de casuïstiek de interactie vaak niet volledig letterlijk is weergegeven en doordat een groot deel van deze spiegelingen niet expliciet maar impliciet plaats vindt. Het gaat dan dus om de non-verbale communicatie en intonatie, die moeilijk in een beschreven casus is weer te geven of te herkennen. Tot slot zijn ook de *moments of meeting* moeilijk meetbaar, omdat deze gaan over hoe de betrokkenen de ontmoeting ervaren, wat meestal niet expliciet verwoord wordt. Om meer inzicht te krijgen in hoeverre de geestelijk verzorger gebruik maakt van (deze aspecten van) MBT, wordt vervolgonderzoek aanbevolen. Een belangrijke aanbeveling is om videoanalyses uit te voeren van de gesprekken tussen geestelijk verzorgers en patiënten. Zo kan het gehele gesprek in beeld worden gebracht en getoetst worden in hoeverre de (voor MBT) wezenlijke spiegingsprocessen (en andere interventies) plaats vinden. Tevens kan onderzocht worden in hoeverre de hier beschreven uitkomsten representatief zijn voor het gemiddeld gesprek. Een andere aanbeveling is om, naast video analyse, de geestelijk verzorger en patiënt te interviewen. Zo kan inzicht verkregen worden in de intentie en attitude van de geestelijk verzorger (bij bepaalde interventies) en in hoe de betrokkenen de ontmoeting ervaren (hechtingsrelatie en *moments of meeting*).

Dat in een groot deel van de casuïstiek rijke representaties te herkennen zijn zegt mogelijk ook iets over waar geestelijk verzorgers hun aandacht op richten bij de weergave van casuïstiek (of bij de uitleg van hun vak). Mogelijk kan de geestelijk verzorger hiermee duidelijk maken wat deze bijdraagt, maar is het moeilijker om te beschrijven *hoe* de geestelijk verzorger tot dit resultaat is gekomen. Het spiegingsproces van mentale toestanden biedt mogelijk een theoretisch kader voor wat er gebeurt in de interactie en kan wellicht een belangrijke onderbouwing bieden voor het handelen en kunnen van de geestelijk verzorger. Dit benadrukt het belang van vervolgonderzoek naar dit aspect van MBT.

7. Conclusies en aanbevelingen

In deze scriptie is onderzocht in hoeverre wat de geestelijk verzorger doet gelijkenissen vertoont met de door Allen, Bateman en Fonagy ontwikkelde Mentalization Based Treatment (MBT) en in hoeverre (de theorie van) MBT bij kan dragen aan een onderbouwing van het handelen en kunnen van de geestelijk verzorger. Het onderzoek bestaat uit een theoretisch deel en een empirisch deel. In het theoretisch deel is de theorie van MBT vergeleken met een algemene beschrijving van geestelijke verzorging aan de hand van de beroepscode van de VGVZ en met een aantal vigerende methoden van geestelijke verzorging: de hermeneutische benadering, de narratieve benadering en de presentiebenadering, aangevuld met een vergelijking met de objectrelatietheorie volgens Ogden. In het empirisch deel is onderzocht in hoeverre de geestelijk verzorger in de praktijk gebruik maakt (van aspecten) van MBT, aan de hand van een analyse van 25 verslagen van contacten tussen geestelijk verzorgers en patiënten.

Uit het theoretische deel komt naar voren dat de geestelijk verzorger gebruik lijkt te maken van aspecten van MBT, maar dat er een groot verschil bestaat in context en doelgerichtheid. MBT wordt toegepast in de context van psychotherapie, waarbij in de klinische praktijk oog is voor het bewerkstelligen van behandeldoelen omtrent het psychisch functioneren. In de context van geestelijke verzorging staat juist betekenisgeving centraal, waarbij er een verband is tussen betekenisgeving en zingeving (een verband dat binnen MBT niet gelegd wordt). Daarbij werkt de geestelijk verzorger vaak vanuit een niet-oplossingsgerichte benadering, wat een verschil betekent in (doel)gerichtheid ten opzichte van de psychotherapeutische context. Gezien het verschil in context en doelgerichtheid, biedt MBT niet direct een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. De mentaliserende houding (de essentie binnen MBT) en de theorievorming die daaraan ten grondslag ligt, lijkt echter wel bij te kunnen dragen aan een dergelijke onderbouwing.

Uit de vergelijking tussen MBT en (de methoden van) geestelijke verzorging komt naar voren dat de geestelijk verzorger gebruik lijkt te maken van verschillende aspecten van deze mentaliserende houding, zoals een onderzoekende, nieuwsgierige en open belangstelling voor mentale toestanden bij zichzelf en anderen, waarbij de geestelijke verzorger de *ander mind in mind* heeft of probeert te hebben en er representaties van mentale toestanden worden gevormd.²⁰⁶ Zoals benoemd doet de geestelijk verzorger dit in een andere context en vanuit een andere doelgerichtheid dan binnen MBT. Dit maakt dat de geestelijk verzorger niet specifiek gericht lijkt op het mentaliseren over anderen en relaties en op het aansturen van bepaalde affecten in het kader van klinische behandeldoelen (zoals binnen MBT wel het geval is), maar dat het mentaliseren van de patiënt over zichzelf centraal staat waarbij een samenhangend emotioneel betekenisvol verhaal kan worden gevormd.²⁰⁷ Dit betekent dat wat de geestelijk verzorger doet (wat betreft dit laatste aspect) gelijkenissen heeft met MBT (en hier gedeeltelijk mee onderbouwt kan worden), maar dat MBT breder lijkt dan wat de geestelijk verzorger doet. In het mentaliseren van de patiënt over zichzelf lijkt er een duidelijk verband te zijn tussen mentaliseren en betekenis geven (of vinden), waarbij betekenisgeving alleen mogelijk is wanneer iemand in een mentaliserende modus verkeert. De mentaliserende houding van de geestelijk verzorger en het (binnen MBT essentiële) spiegingsproces van mentale toestanden lijkt hierbij cruciaal om tot mentaliseren (en betekenisgeving) te komen.²⁰⁸ Zoals benoemd komt uit de vergelijking tussen MBT en (de methoden van) geestelijke verzorging komt naar voren dat de geestelijk verzorger gebruik lijkt te maken van een dergelijke mentaliserende houding. De theorie van MBT rond het aannemen en handhaven

²⁰⁶ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

²⁰⁷ Ibidem.

²⁰⁸ Ibidem.

van een mentaliserende houding (zoals beschreven in deze scriptie) lijkt hiermee bij te kunnen dragen aan een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet. De theorie van Ogden laat echter zien dat het verblijven in de mentaliserende modus door de geestelijk verzorger niet vanzelfsprekend is, maar wel noodzakelijk wil de ander tot mentaliseren en betekenisgeving kunnen komen.²⁰⁹ De geestelijk verzorger kan aspecten van een mentaliserende houding (zoals beschreven binnen MBT) daarom mogelijk ook als methodiek gebruiken, waarbij reflectie op het eigen mentaliserend vermogen van belang is.

Uit de vergelijking tussen MBT en (methoden van) geestelijke verzorging komt tevens naar voren dat geestelijk verzorgers vermoedelijk ook gebruik maken van het (binnen MBT essentiële) proces van affectspiegeling.²¹⁰ Indien deze vermoedens kloppen geeft dit een belangrijk theoretisch kader voor wat er gebeurt in de interactie tussen geestelijk verzorgers en patiënten en daarmee een onderbouwing voor het handelen en kunnen van de geestelijk verzorger. Het biedt mogelijk ook een onderbouwing voor de 'lijfelijke' aanwezigheid van geestelijk verzorgers om, in situaties die om zin of betekenis vragen, zin of betekenis te kunnen geven/vinden. Aan de hand van een casusbeschrijving is geïllustreerd hoe dit wezenlijke spiegingsproces in de praktijk van geestelijke verzorging kan plaatsvinden.

Opgemerkt moet worden dat de bovenstaande bevindingen naar voren komen op basis van een vergelijking van MBT met theorieën van geestelijke verzorging. Het is de vraag in hoeverre de gemiddelde geestelijk verzorger voldoet aan de theorie (die weliswaar een onderbouwing vormt voor het vak) en de bevindingen vertaalbaar zijn naar de praktijk. Om meer inzicht te verkrijgen in hoeverre MBT kan bijdragen aan een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger doet is praktijkonderzoek nodig. Een eerste aanzet hiervoor is gedaan in het empirisch deel van dit onderzoek. De resultaten van het empirisch deel geven een indicatie dat geestelijk verzorgers inderdaad gebruik maken van aspecten van een mentaliserende houding en dat patiënten in de interactie (in een bepaalde mate) tot mentaliseren komen. Hiermee lijkt de theorie van MBT rond het aannemen en handhaven van een mentaliserende houding bij te kunnen dragen aan een onderbouwing voor wat de geestelijk verzorger (ten dele) doet. Voor een representatief beeld is echter vervolgonderzoek nodig, aangezien het aantal onderzochte verslagen beperkt is en het tevens niet geheel duidelijk is in hoeverre de casussen representatief zijn voor het gemiddelde gesprek. Hier komt bij dat, ondanks een grote zorgvuldigheid, de analyse van de casuïstiek is uitgevoerd door één persoon (de auteur van deze scriptie), waardoor een (geheel) objectief beeld moeilijk mogelijk is. Verder blijkt een aantal aspecten van MBT moeilijk in de casuïstiek meetbaar. De mate waarin de geestelijk verzorger een niet-wetende houding heeft of handhaaft en zich bewust is van het zelfreprenterend karakter van zijn representaties blijkt moeilijk meetbaar, omdat deze aspecten van MBT gaan over een (innerlijke) attitude van de geestelijk verzorger, die niet altijd zichtbaar is in expliciete uitspraken. Ook eventuele spiegingsprocessen, die essentieel zijn binnen MBT, zijn moeilijk meetbaar. Dit komt doordat in de casuïstiek de interactie vaak niet volledig letterlijk is weergegeven en doordat een groot deel van deze spiegelingen niet expliciet maar impliciet plaats vindt. Het gaat dan dus om de non-verbale communicatie en intonatie, die moeilijk in een beschreven casus is weer te geven of te herkennen. Tot slot zijn ook de *moments of meeting* moeilijk meetbaar, omdat deze gaan over hoe de betrokkenen de ontmoeting ervaren, wat meestal niet expliciet verwoord wordt. Om een representatiever beeld te verkrijgen van in hoeverre de geestelijk verzorger gebruik maakt van (deze aspecten van) MBT wordt vervolgonderzoek aanbevolen. Een belangrijke aanbeveling is om videoanalyses uit te voeren van de gesprekken tussen geestelijk verzorgers en patiënten. Zo kan het gehele gesprek in beeld worden gebracht en getoetst worden in hoeverre de wezenlijke spiegingsprocessen (en andere interventies) plaats vinden. Dit kan inzicht geven in hoeverre deze processen plaatsvinden in de interactie tussen geestelijk verzorgers en

²⁰⁹ Ogden, T.H., *The Matrix of the Mind. Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue* (London 1986).

²¹⁰ Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

patiënten en (mogelijk) een nadere onderbouwing bieden voor het handelen en kunnen van de geestelijk verzorger. Een andere aanbeveling is om, naast videoanalyse, de geestelijk verzorger en patiënt te interviewen. Zo kan inzicht verkregen worden in de intentie en attitude (niet-wetende houding, zelfrepresenterend karakter) van de geestelijk verzorger bij bepaalde interventies en in hoe de betrokkenen de ontmoeting ervaren (hechtingsrelatie en *moments of meeting*).

Bibliografie

Akkerman, A., 'Verder kijken', in: E. Dompeling, H. Muthert, B. Omvlee, P. de Rijk, *Leven in Verhalen*, Lentis en GGz Drenthe (2000).

Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A., *Mentalizing in Clinical Practice* (Washington 2008).

Attig, T., 'Relearning the world: making and finding meanings', in: R.A. Neimeijer red., *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss* (Washington 2001) 33-53.

Baart, A., Grypdonck, M., *Verpleegkunde en presentie* (Den Haag 2008).

Bateman, A., Fonagy, P., *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (Washington 2011).

Bateman, A. Fonagy, P., *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder* (Oxford 2006).

Bion, W.R., *Learning from experience* (London 1962).

Bohlmeijer, E., Lausanne, M., Westerhof, G., *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk* (Houten 2007).

Bogdan, R.J., 'Why self-ascriptions are difficult and develop late', in: B.F. Male red., *Other minds: How Humans Bridge the Divide between Self and Others* (New York 2005) 190-206.

Dehing, J., 'Over gelijkheid en verschillendheid – Van primordiale identiteit tot discriminerend bewustzijn', in: J. Dehing red., *Een bundel intense duisternis. Psychoanalytische opstellen rond W.R. Bion* (Leuven/Apeldoorn 1998) 111-163.

Dompeling E., Muthert, H., Omvlee, B., Rijk, P. de, *Leven in Verhalen*, Lentis en GGz Drenthe (2000).

Donk, W.B.H.J. van de, Jonkers, A.P., 'Verkenning van een dubbele transformatie', in: G.J. Kronjee, R.J.J.M. Plum red., *Geloven in het publieke domein* (Amsterdam 2006).

Gerkin, C.H., *The Living Human Document. Revisioning Pastoral Care in a Hermeneutical Mode* (Nashville 1984).

Glas, G., 'Existentiele vragen in een evidence/Based context', in: Abma et al., *Evidentie en existentie. Evidence-based behandelen en verder* (Tilburg 2010).

Holmes, J., 'Defensive and creative uses of narrative in psychotherapy: an attachment perspective', in: Roberts, G., *Healing Stories: Narrative in Psychiatry and Psychotherapy* (London 1999) 49-66.

Hoogeveen, M.C.R., *Stageverslag. Praktijkstage Geestelijke Verzorging*, Rijksuniversiteit Groningen (Groningen 2014).

Kate, C. ten, Muller, N., 'Mentaliseren leren om te kunnen rouwen', *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33 (2007) 206-214.

- Körver, s., 'Meer dan aanwezig zijn!', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 18 (2015) 47.
- Lans, J.M. van der, 'Zingeving en zingevingsfuncties van religie bij stress', in: J.M. van der Lans, *Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen* (Tilburg 2006) 72-108.
- Loenen, G. van, *Voor de geest staan. Zorg voor zingeving als taak van de geestelijke verzorging* (Tilburg 2005).
- Meltzoff, A.N., Moore, M.K., 'Explaining facial imitation: theoretical model', *Early Development and Parenting* 6 (1997) 179-192.
- Mooren, J.H.M., *Geestelijke verzorging en psychotherapie* (Utrecht 2008).
- Muthert, H., *Verlies & verlangen. Verliesverwerking bij schizofrenie* (Assen 2007).
- Muthert, J., Jonker, J., 'Verbeeldingskracht als denkmodus: over trauma, kunst en zoeken naar zin', *Psyche & Geloof* 26 (2015) 49-61.
- Nelson, J.M., *Psychology, Religion, and Spirituality* (New York 2009).
- Nicolette Hijweege, '“Wat betekent dat” en “Waar staat dat voor”? Over de samenwerking tussen geestelijk verzorger en psycholoog', *Psyche en geloof* 21 (2010) 199.
- Ogden, T.H., *The Matrix of the Mind. Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue* (London 1986).
- Posner, M.I., Rothbart, M.K., *Attention, self-regulation and consciousness* (1998).
- Roest, H. de, 'Theodicee in de Nederlandse praktische theologie', *Nederlands Theologisch Tijdschrift*, 58 (2004) 254-272.
- Roy, A. de et al., *Beroep: geestelijk verzorger. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van geestelijk verzorgers in de gezondheidszorg* (Utrecht 1997).
- Schrojenstein Lantman, R. van, *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking* (Dwingeloo 2007).
- Stern, D.N., *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life* (New York 2004).
- Verfaillie, M., *Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie* (Antwerpen 2011).
- Walton, M., *Hoe waait de wind?* (Tilburg 2014).
- Walton, M., 'Verhalenderwijs. Gedachten over het vak geestelijke verzorging', *Tijdschrift Geestelijker Verzorging* 9 (2006) 34-40.
- Zock, H., *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief* (Tilburg 2007).

Overige gebruikte bronnen:

NANDA, *Verpleegkundige diagnoses, definities en classificaties 2003-2004* (2003).

VGvZ, *Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen* (2002, aangepast in 2010).

Gebruikte websites:

<http://www.andriesbaart.nl/presentie/>, Andries Baart, 14 mei 2015.

http://www.vgvz.nl/over_de_vgvz/beroepsstandaard, VGvZ, 28 januari 2015.

Bijlage 1 uitgebreide weergave van de kenmerken van MBT gebruikt voor toetsing van casuïstiek

	In welke mate zijn er indicaties die erop wijzen dat:
1	de geestelijk verzorger de ander <i>mind in mind</i> heeft of probeert te hebben: (nieuwsgierige/weetgierige houding, gericht op het begrijpen van de ander, interesse in een beter begrip, de ander in gedachten hebben, voelen en denken wat de ander denkt en voelt, stellen van open vragen, exploreren beleving van de ander, vormen van representaties van mentale toestand van de ander)
2	de geestelijk verzorger een 'niet-wetende houding' heeft of handhaaft: (niet-wetende houding, gespeend van assumpties, open vragen, gericht op exploreren beleving van de ander)
3	de geestelijk verzorger gericht is op het vormen van representaties van de mentale toestanden van de ander, zowel door hemzelf als door de patiënt: (aandacht voor mentale toestanden, het mentaliseren van emoties)
4	de geestelijk verzorger gericht is op het vormen van rijkere representaties (andere perspectieven), zowel door hemzelf als door de patiënt: (gericht op het ontwikkelen van rijke representaties, andere perspectieven, spiegelen mentale toestand met een beeld (is een perspectief))
5	de geestelijk verzorger (een) representatie(s) vormt en daarmee de mentale toestand(en) van de ander spiegelt: (tonen van empathie, spiegelen van gemoedstoestanden, spiegelen van beelden/representaties, een beeld aanreiken die de mentale toestand spiegelt)
6	de geestelijk verzorger zich bewust is van het zelfreprenterend karakter: (bewustzijn dat hij/zij het mis kan hebben, voorzichtigheid, geen stelligheid, in woorden als: 'het lijkt', 'zou kunnen', 'alsof')
7	de geestelijk verzorger gericht is op het mentaliseren over anderen of relaties: (het object van mentaliseren, mentaliseren over anderen (die mogelijk een andere perspectief hebben (de geestelijk verzorger of anderen)), zelfonthulling van de geestelijk verzorger (hoe deze iets voelt of ziet), mentaliseren over de eigen relaties / het bezien van interacties)
8	de geestelijk verzorger aanstuurt op bepaalde affecten binnen de relatie: (actief aansturen op bepaalde affecten, het mentaliseren van wat er in de relatie gebeurt (in de relatie zelf), het mentaliseren van de overdracht)
9	de patiënt representaties vormt van zijn of haar mentale toestand: (mentaliseren komt op gang, woorden geven aan mentale toestand, mentaliseren van emoties)
10	de patiënt in de interactie andere/verschillende (rijke) representaties vormt (een ander perspectief kan innemen)
11	er een hechtingsrelatie gevormd is/wordt (veiligheid om een narratief (van mentale toestanden) te laten ontvouwen, meer gaan vertellen/uitweiden door contingente spiegeling van de geestelijk verzorger)
12	er <i>moments of meeting</i> plaats vinden: ('ik weet dat jij weet wat ik weet', 'ik voel dat jij voelt wat ik voel', een wederzijds begrip, zich begrepen voelen / begrepen worden)

Score:	
1	niet aanwezig
2	minimaal aanwezig
3	enigszins aanwezig
4	veel aanwezig
5	zeer veel aanwezig