

Hechting als medicijn

Een verslag van de studiedag Bondingspsychotherapie op 26 maart 2010

Arnout ter Haar heeft een eigen praktijk voor psychotherapie en coaching.

‘Bondingtherapie, dat is toch iets met op elkaar liggen en heel hard schreeuwen?’ Voorafgaand aan de studiedag informeerde ik bij collegae naar hun kennis over deze vorm van groepstherapie. Veel verder dan bovenstaand antwoord kwamen de meesten niet. In een enkel geval werd er aan toegevoegd: ‘Bestaat dat dan nog steeds?’ Onbekend maakt kennelijk onbemind.

Op de NVGP-studiedag in 2008 getiteld ‘Anders dan anderen’ gaven bondingtherapeuten Martien Kooyman en Rob Olij een workshop; ik was er zelf niet bij, maar door het verslag erover in dit tijdschrift van Barend van der Kar (*Groepen*, 2008, 3, 4. p. 20-21) werd mijn nieuwsgierigheid wel geprikkeld. De uitnodiging van de vereniging van Bondingspsychotherapie leek mij een goede gelegenheid om meer te weten te komen over deze therapievorm.

Wat is nu bondingspsychotherapie? De Amerikaanse psychiater en psychoanalyticus Daniel Casriel, grondlegger van deze therapievorm, ging er vanuit dat bonding – een toestand van lichamelijke en geestelijke nabijheid – een noodzakelijke levensbehoefte is en dat een tekort als kind en ook als volwassene lijdt tot een lichamenlijk of geestelijk onwelzijn. Of, zoals op de web-

site van de vereniging vermeld wordt: bondingspsychotherapie is een interactief groepstherapeutisch proces voor de behandeling van stoornissen, die ontstaan wanneer basale psychosociale behoeften die gerelateerd zijn aan neurobiologische processen, niet vervuld worden. De therapie sluit aan bij het werk van Bowlby en Ainsworth over gehechtheid. Een tekort aan bonding als kind geeft later bij het ervaren van nabijheid van een ander pijnlijke emoties, angst, boosheid of verdriet. Bondingspsychotherapie maakt de emotionele verbinding met de gevoelens uit de kindertijd en richt zich op het herbeleven van deze primaire emoties in een veilige situatie. Dit gebeurt ‘op de mat’, wat betekent dat groepsleden in paren op zachte matten in een grote groepsruimte liggen, waarbij de onderste persoon op de rug gelegen een ander groepslid op zich krijgt, zodanig dat er een stevige, veilige greep ontstaat. De fysieke nabijheid van de ander, mogelijk ook de letterlijke druk van het gewicht, in combinatie met houvast en geborgenheid, leidt tot het ervaren van zeer heftige emoties, die – zoals een informatieve dvd laat zien – aanvankelijk nog wat ingehouden maar steeds sterker in volume

toenemend uitgeschreeuwd worden. Zo worden pijnlijke ervaringen en gevoelens uit het verleden losgemaakt en kunnen die vervolgens verwerkt worden. In een volgend deel van de bondingspsychotherapie staat een persoon in het midden van de kring van overige groepsleden en therapeuten, en dienen oude overtuigingen (bijvoorbeeld 'ik ben niets waard') geleidelijk aan plaats te maken voor nieuwe overtuigingen ('ik mag er wél zijn!'). Het gaat hierbij in feite om een cognitieve herstructurering van oude overtuigingen. De nieuwe overtuiging wordt door ieder groepslid krachtig bevestigd, zodat geleidelijk aan – en met de nodige emoties – ervaren gaat worden dat je er inderdaad mag zijn.

Binnenkort zal in dit tijdschrift een meer inhoudelijk artikel over bondingspsychotherapie verschijnen, waarbij ook resultaten van wetenschappelijk onderzoek aan de orde zullen komen. Op de website van de vereniging is aanvullende informatie te verkrijgen over de bondingspsychotherapie in Nederland en België (www.bondingspsychotherapie.nl).

Op de studiedag in Rotterdam waren een kleine dertig personen gekomen. Duidelijk werd dat een groot deel elkaar kende; ze begroetten elkaar met de *bonding hug*. Ook nieuwkomers als ikzelf werden persoonlijk begroet door de organisatoren, en de kleine groep maakte dat de studiedag een open en intiem karakter kreeg. Interactie met sprekers was hierdoor laagdrempelig en beperkte zich niet tot het stellen van vragen achteraf. Afgaande op de aard van sommige

vragen vroeg ik mij overigens wel af of het publiek naast therapeuten mogelijk ook deels uit patiënten bestond.

Martien Kooyman, psychiater en opleider in de bondingspsychotherapie, gaf als opmaat voor de andere sprekers een korte, heldere inleiding over een aantal kernbegrippen: een experiëntiële, interactieve en inzichtgevende therapie met affectieve, gedrags- en cognitieve elementen en specifiek lichaamsgerichte technieken. De therapie is geïndiceerd voor mensen met (vroeg) hechtingsstoornissen, wat zich vaak manifesteert in een gedrukte stemming en een gemis aan bevredigende persoonlijke relaties. Contra-indicaties betreffen vasculaire en cardiale problemen, zwangerschap en loslating van retina (netvlies), naast de algemene contra-indicaties die bij andere vormen van psychotherapie gelden. Aansluitend bij de gehechtheidstheorieën wordt gesteld dat bonding – de fysieke nabijheid en psychische openheid van een ander – tot de primaire biologische behoefte behoort, naast eten, drinken, ademen, warmteregulering, urineren en defaeceren. In het rijtje met psychosociale behoefte is de hechting een voorwaarde voor autonomie, zelfwaardering, identiteit, lichamelijk welbevinden en behoefte aan zingeving. Positieve emoties ontstaan wanneer de basale behoeften bevredigd worden of wanneer dit wordt verwacht, negatieve emoties ontstaan wanneer deze behoeften niet bevredigd worden, of wanneer verwacht wordt dat deze niet bevredigd zullen gaan worden. Als de negatieve emoties een

bepaald niveau bereiken, kunnen deze emoties worden afgeweerd en weggestopt.

Bij de diagnostiek en de evaluatie van de bondingspsychotherapie wordt gebruik gemaakt van de vier volwassen hechtingstijlen van Bartolomew en Horowitz: als er sprake is van een positief beeld van zichzelf en van de ander, spreken we van veilige gehechtheid. Bij een negatief zelfbeeld en een negatief beeld van de ander wordt de angstig vermijdende gehechtheidstijl genoemd. Een negatief zelfbeeld en een positief beeld van de ander wordt gepreoccupeerd afhankelijke gehechtheidstijl genoemd, en een positief zelfbeeld in combinatie van een negatief beeld van de ander tenslotte is een afwijzende gehechtheidstijl.

Betty van Hulzen, psychotherapeut bij Lucertis, een GGZ-instelling voor ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie, gaf in een goed gestructureerde presentatie een beeld van de differentiatie- en fasetherapie, gebaseerd op het werk van Anniek Thoomes-Vreugdenhil (zie www.hechtingsproblemen.nl).

Gehechtheid is een aangeboren, biologisch systeem, dat levenslang werkzaam blijft met als doel overleving en regulering van stress. De ervaringen met de eerste gehechtheidfiguren in het leven vormen de basis voor een innerlijk werkmodel voor het leren omgaan met zichzelf, de ander en met stress. Het kind onderscheidt pijn van plezier, goed van niet-goed en veilig van onveilig. Stress activeert afwending van de negatieve prikkel en toenadering tot de gehechtheidfiguur. De reactie van die

gehechtheidfiguur, in veel situaties de moeder, geeft informatie aan de baby terug over de wereld, de moeder, en het kind zelf, en is bepalend voor de mate van welbevinden. Zo ontstaat een *theory of mind* of het vermogen tot mentaliseren. Als een kind leert dat honger of pijn weer over kunnen gaan door interventie van de moeder, leert het al op jonge leeftijd stress te verdragen en kan het toekomstige stress dan ook beter reguleren.

In de problemen die rond het hechtingsproces kunnen bestaan onderscheidt Thoomes-Vreugdenhil hechtingsgestoord – waarbij de problemen zich vanaf conceptie of geboorte voordoen (bij ongewenste zwangerschap, depressieve of psychotische moeder, maar ook overbezorgdheid en irreële angsten voor het welzijn van de baby)- en relationeel gestoord – waarbij de problemen in de vroege jeugd ontstaan zijn. Niet alleen de attitude of de problematiek van de moeder speelt hierbij een rol, ook bij het kind zelf liggen risico's, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van ernstige ziekte of handicap bij het kind, veelvuldige ziekenhuisopnames, zintuiglijke stoornissen en dergelijke. Voor de hechtingsgestoorde kinderen ontwikkelde Thoomes-Vreugdenhil de differentiatie therapie, voor de relationeel gestoorde de fasetherapie.

Als voorbeeld van de hechtingsgestoorde kinderen noemt Van Hulzen de allemansvriend: het kind heeft niet leren differentiëren tussen volwassenen (wie is vertrouwd en veilig, wie is vreemd en mogelijk gevaarlijk) en is vaak onvoldoende begrensd in het leven. In de differentiatie-

therapie wordt gestart met gedragsregulatie van het kind, en vervolgens wordt de ouders geleerd te differentiëren door aan te reiken of voor te doen hoe ze hun gedrag kunnen afstemmen op de signalen die hun kind geeft, en deze te spiegelen, te verwoorden en te begrenzen.

In de relationeel gestoorde kinderen zie je vaak een conflict tussen nabijheid verlangen en nabijheid afweren en zijn er forse problemen op het gebied van de zelfwaardering. De nabijheidsvormen die bij de verschillende levensfasen horen worden begrensd aangeboden aan de ouders, die dat vervolgens in de thuissituatie met hun kind toepassen. Thoomes-Vreugdenhil sluit hierbij aan bij de ontwikkelingsstadia van Erikson: in de peuterfase bijvoorbeeld is de taak van het kind zijn grenzen te ontdekken en de mogelijkheden van zichzelf, de ander en de wereld om hem heen te verkennen. Zindelijk worden en zich voortbewegen horen ook in deze fase. Ouders dienen de peuter terzijde te staan bij de exploratie, en moeten helpen bij de integratie en betekenisgeving. Ze moeten aanmoedigen zonder dwang, en een balans vinden tussen ruimte geven en grenzen stellen of beschermen. De uitkomst van deze fase is autonomie bij het kind als bovengenoemde taken gerealiseerd zijn (gevoel van zelfwaarde, trots, wilskracht, controle, omgaan met grenzen, verdragen van frustratie), versus schuld en schaamte bij een niet goed doorlopen fase (verlies van zelfvertrouwen, twijfel aan zichzelf en aan anderen, koppigheid en impulsiviteit).

Tot en met de adolescentiefase doorloopt

deze therapie zo de ontwikkelingsstadia, waarbij steeds aangesloten wordt bij de fase waarin het kind is blijven steken, met als doel uiteindelijk aan te sluiten bij de leeftijdsadequate stadia van Erikson.

Coach en loopbaanadviseur **Rob Storm** bleek een niet alledaagse achtergrond te hebben: vanuit de opleiding Vliegtuigbouw en later Sociale pedagogiek was hij jarenlang werkzaam in het personeelswerk, en coacht hij thans in eigen praktijk individuen en groepen, gebruikmakend van elementen uit de bondingspsychotherapie. Spijtig voor Storm was dat zijn zorgvuldig voorbereide *powerpoint*-presentatie door het falen van de techniek niet getoond kon worden (later bleek dat de stekker niet in het stopcontact zat, opmerkelijk als er de hele dag over verbinden gesproken wordt) zodat hij *a l'improviste* moest spreken. Storm liet zich hierdoor niet uit het veld slaan, en in hoog tempo en soms associatief te werk gaand nam hij zijn publiek mee in een aantal aspecten die zijn manier van coachen typeren. Bij coaching gaat het per definitie om arbeidsgerelateerde problematiek. Waar een psychotherapeut eerder vanuit de DSM-systematiek zal kijken, gaat de coach vooral uit van iemands competenties. Door bijvoorbeeld naar de gehechtheidstijl van een werknemer naar zijn werkgever te kijken, kan veel verhelderd worden van het probleem waar de werknemer in vastgelopen is. Gebruikmakend van concepten als levensloop, Maslows basisbehoeften, zich verbinden en groeien in een werksituatie, onzekerheid en vermij-

dingsgedrag, congruent en authentiek zijn, veilige gehechtheid als basis voor veerkracht bij stress (denk aan burn-out), communicatiepatronen en de roos van Leary bracht Storm ons bij zijn model van de gyroscoop van de mens. De gyroscoop wordt in vliegtuigen gebruikt om op twee dimensies binnen een bepaalde bandbreedte te blijven: verticaal om tussen een minimum en maximum hoogte te blijven, en horizontaal om de juiste koers te blijven volgen. Ook de mens dient een goed werkende gyroscoop te hebben om zo de juiste balans in leven en werken te vinden, en om hierbij zijn bestemming (met plezier en bevrediging in het leven staan) te realiseren.

In een intermezzo voor de pauze gaf beeldend kunstenaar en theatermaker **Zwaan de Vries** – die onder andere workshops dans en theater geeft aan oorlogsgetroffenen en hun nazaten uit Nederlands-Indië en de Bersiap – een indrukwekkende solo-voorstelling, waarbij zij gebruikmakend van de Indiase scrutibox, maar vooral van haar eigen stem, mimiek en beweging, uitdrukking gaf aan de verschillende fasen in de ontwikkeling van een kind. Beginnend met pre-verbale klanken ging het over in het aandoenlijk mooie Indonesische wiegeliedje *Nina bobo*, waarbij de moeder haar baby maant te gaan slapen omdat anders de mug zal steken, waarin de bescherming van de moeder tegen gevaren van buitenaf gezien kan worden. Dat het ook anders kan gaan in de ontwikkeling van een kind en de ouder-kindgehechtheid liet de tekst van het volgende kinderliedje zien:

Als je naar mijn moeder gaat, vertel haar liever niet / Dat ik 's avonds in mijn bedje lig te huilen van verdriet / Doe haar maar de groeten, en geef haar een zoen van mij / Want dan lacht ze zeker en is ze vast heel blij.

In het *doe haar maar de groeten* ligt mijns inziens al een onoverbrugbare afstand tussen moeder en kind, terwijl de parentificatie al zijn intrede gedaan heeft. Blijdschap, verwarring, angst en gekte wisselden zich vervolgens aan de hand van een medley van kinderliedjes af. Aan organisatoren van studiedagen die eens wat anders tussendoor willen zou ik zeggen: zorg dat je Zwaan de Vries in je programmering opneemt.

Na de pauze werd begonnen met een workshop van Rob Storm, waarbij een aantal non-verbale communicatieoefeningen gedaan werd. Zelf vind ik het altijd plezierig – zeker na de lunch waarin de kans op een bloedsuikerdip groot is – om wat te kunnen doen, maar ik kreeg de indruk dat niet iedereen die mening deelde. Mogelijk hield het verband met de aard van de oefeningen: de meeste kende ik zelf ook al wel van andere therapievormen, en had ik eerder gedaan in het kader van bijvoorbeeld mindfulness, psychodrama en psychomotorische therapie.

Psychiater, psychoanalyticus en groepstherapeut **Peter Geerlings** gaf in een prettig losse stijl maar met behoud van structuur een voordracht over de neurobiologische aspecten van gehechtheid en de rol van oxytocine daarbij. Beginnend met de vraag

waar de ziel zetelt, probeerde hij aan de hand van functies van hersenstructuren te laten zien dat de ziel in ons brein zit, ergens diep in de ontologisch gezien oude structuren, en dat rijping van het zenuwstelsel begint met het achterste gedeelte en via structuren als het cerebellum (motorische coördinatie en sensorische verwerking) de nucleus accumbens (motivatie) en de amygdala (emoties) naar de prefrontale cortex (oordeelsvorming) gaat. Na de geboorte zijn er twee duidelijke groeipieken van ons centrale zenuwstelsel, en wel tussen het tweede en derde, en later tussen het veertiende en vijftiende levensjaar. In deze pieken worden nieuwe vaardigheden geleerd, die het individu zich de daarop volgende jaren eigen moet maken en moet leren beheersen. Gedurende deze pieken is het zinloos therapie aan te bieden, in de jaren volgend op de piek (de latentiefase na de eerste piek, en de adolescentie na de tweede piek) wél.

Hoe belangrijk de rol van het zenuwstelsel is, blijkt uit de rol van het door de hypofyse geproduceerde oxytocine, een stof die aangemaakt wordt om weeën of borstvoeding op gang te brengen, maar ook bij complexe neuroadaptive processen, sociaal leren, sociaal geheugen en sociale interactie een belangrijke rol speelt. Uit onderzoek blijkt dat bonding, maar ook bijvoorbeeld een stevige omhelzing of seksueel gedrag, de aanmaak van oxytocine bevordert. Oxytocine heeft invloed op ons gevoel van vertrouwen en de mate van goedgelovigheid. Verondersteld wordt dat deze bevindingen ook relevant zijn voor het

onderzoek naar autisme, waarbij het vermijden van sociaal contact zo'n belangrijk kenmerk is. Het sluit ook aan bij het confronterende werk van Martha Welch uit de jaren zeventig van de vorige eeuw, waarbij moeders hun autistische kinderen net zo lang moesten vasthouden in een omhelzing tot het kind zich zonder afwerende houding aan de omhelzing kon overgeven. Oxytocine is ook de reden dat zwangere vrouwen geëxcludeerd worden voor deelname aan bondingspsychotherapie: het surplus aan oxytocine zou weleens vroegtijdig de weeën kunnen opwekken! Inmiddels zijn – bijvoorbeeld via internet – sprays te koop onder de welluidende naam *liquid trust spray*. Hierbij wordt oxytocine via de neus in het lichaam opgenomen, en dit zou voor verlegen, sociaal angstige mensen en voor autisten een heilzame werking hebben. Geerlings benadrukte dat het werkt, maar de onderliggende onveilige gehechtheid en disfunctionele attitudes uiteraard onveranderd laat.

Bondingspsychotherapie kan dus werken als pillen voor de geest, vanwege de zogenoemde neurohumorale veranderingen die zich voordoen, zoals het aanmaken van oxytocine.

Laatste spreker van de dag was psychotherapeute **Solveig van der Hoeven**, die de schematherapie van Young koppelt aan de bondingspsychotherapie. Zij gebruikt de schemavragenlijst als diagnostisch instrument en als evaluatie-instrument tijdens en na de behandeling. Oude schema's zijn patronen die in de vroege jeugd ontstaan

zijn en die tot uiting komen in zich herhalende patronen in het denken, voelen en handelen in het hier en nu. Basisbehoefte van een kind zijn veiligheid, verbondenheid, autonomie, zelfwaardering, zelfexpressie en realistische grenzen. Ten aanzien van deze basisbehoeften kunnen schema's ontwikkeld worden die in de volwassenheid nog steeds zo beleefd worden. Op het gebied van de autonomie bijvoorbeeld kan zelfopoffering, onderwerping of het eindeloos zoeken naar bevestiging en goedkeuring zich als hardnekkig schema ontwikkelen. Zo zijn de schema's van Young naast de overtuigingen uit de bondingspsychotherapie te leggen: zelfopoffering van Young wordt in de bondingspsychotherapie de overtuiging: anderen mogen eerst, ik kan wel wachten. Aan de hand van een casus liet Van der Hoeven tot slot zien wat de uitkomsten waren op de vragenlijst van Young in een premeting, een meting na een jaar in bondingspsychotherapie, en een meting drie jaar na aanvang van de therapie.

Al met al bood de studiedag een gevarieerd programma, waarbij op verschillende manieren dwarsverbindingen tussen de bondingspsychotherapie en andere disciplines gelegd werden. De effectstudies geven aan dat deze therapievorm werkzaam is, hetgeen verder bevestigd wordt door de koppeling van bonding aan neurohumorale stoffen als het aanmaken van oxytocine. Maar als het werkt, waarom houden dan niet meer mensen in Nederland zich hiermee bezig? De kleine groep deelnemers maakte als geheel een kwetsbare indruk. Net als bij de NVGP zal hier ver-

moedelijk de vraag gesteld worden: hoe komen we aan nieuwe aanwas, hoe voorkomen we dat de vereniging vergrijsst? Het overnemen van de onderzoekstraditie uit Duitsland, en het aansluiten bij de hernieuwde aandacht voor gehechtheid in het kader van mentalisatiebevorderende therapie (MBT) zou de bondingspsychotherapie wellicht weer meer in de belangstelling kunnen brengen.