

Bondingspsychotherapie, een effectieve groepstherapie bij hechtingsproblemen

Martien Kooyman is vrijgevestigd psychiater en psychotherapeut in Rotterdam (martienkooyman@planet.nl).

Rob Olij is GZ-psycholoog en werkt bij PsyQ in Den Haag (r.olij@psyq.nl).

Rob Storm is vrijgevestigd HRM-adviseur, trainer en loopbaancoach in Hoofddorp (info@stormhrmconsult.nl).

Inleiding

Ieder mens heeft een natuurlijke behoefte aan intimiteit en emotioneel contact met anderen. Het ervaren van emotionele openheid samen met lichamelijke nabijheid wordt bonding genoemd. Dit is een belangrijke voorwaarde voor het ontstaan van een veilige hechting bij een jong kind.

Bij een tekort aan bonding en bevestiging in de kinderjaren kunnen we destructieve levenshoudingen ontwikkelen zoals: 'ik ben niet goed genoeg', 'ik heb niemand nodig' en zelfs 'ik heb geen recht om te bestaan'. Dit kan onder andere leiden tot relatieproblemen, depressies, lichamelijke problemen en compensatiegedrag zoals alcohol- en drugsmisbruik.

De bondingspsychotherapie richt zich niet alleen op een symptoom, bijvoorbeeld door het voorschrijven van medicijnen of door het aanleren van technieken om te kunnen omgaan met problemen. De bondingspsychotherapie pakt de oorzaak aan. Bij veel

mensen bestaat er angst voor emotionele en fysieke nabijheid of angst voor afwijzing en verlating of voor allebei. Dit is het gevolg van een tekort aan een veilige hechting en bonding in de kinderjaren. Bondingspsychotherapie zorgt voor verbetering van het zelfbeeld, vergroot het vertrouwen in anderen, verbetert de relatievorming en stelt mensen in staat te genieten van het leven.

Emoties en primaire behoeften

De Amerikaanse psychiater en psychoanalyticus Daniel Casriel noemde emotionele openheid en lichamelijke nabijheid van een ander 'bonding' en stelde dit gelijk met andere primaire biologische behoeften, zoals eten en drinken (Casriel, 1972). Bij een zuigeling is bonding volgens hem noodzakelijk om in leven te blijven. De *need for bonding* is in zijn visie een belangrijke psycho-biologische drijfveer, te vergelijken met de behoefte aan *attach-*

ment, zoals dit werd beschreven door Bowlby (1969).

Wanneer een primaire biologische behoefte niet wordt vervuld, geeft dat een pijnlijke emotie in de vorm van verdriet, angst of boosheid. Als een behoefte wel wordt vervuld, ontstaat plezier en liefde, affectie, naar de ander die de behoefte vervuld heeft. Volgens Casriel zijn er vijf basisemoties: angst, boosheid, verdriet, plezier en liefde (de Klerk-Roscam Abbing, 1994). Deze emoties zijn noodzakelijk om te overleven en zijn al aanwezig bij de geboorte. Door ervaringen uit het verleden kan een emotie van plezier en liefde gevoeld worden alleen al bij de gedachte dat de behoefte zal worden vervuld. Angst, boosheid en pijn ontstaan bij de gedachten dat de behoefte niet zal worden vervuld. Casriel noemde dit *the logic of emotions*.

Angst, boosheid en pijn zijn evenals plezier en liefde gekoppeld aan biochemische veranderingen in het lichaam. Bij een moeder die een zuigeling de borst geeft, zien wij bijvoorbeeld dat bij beiden de concentratie van het hechtingshormoon oxytocine in het bloed stijgt. Gevoelens als haat en afschuw zijn afgeleide emoties. Zij zijn een reactie op angst, pijn en boosheid. Schuldgevoel is eerder een pijnlijke gedachte dan een emotie.

Het kleine kind leert, tijdens het opgroeien, om zelf te zorgen voor de vervulling van zijn primaire biologische behoeften. Voor de behoefte aan bonding blijft een ander nodig. Wordt de behoefte aan bonding onvoldoende vervuld, dan

leidt dit tot een verstoring van het evenwicht van de psycho-biologische basisbehoeften. Het individu kan overleven, maar in de praktijk zien we vaak dat dit tekort wordt gecompenseerd, bijvoorbeeld door overmatig gebruik van medicijnen, alcohol of drugs (Kooyman, 1990; Kooyman, 1992; Höfler-Zimmer & Kooyman, 1996; Martens, 2000). Andere middelen om het tekort aan bonding te compenseren zijn bijvoorbeeld gokken, seks of hard werken. Bij mensen met een onveilige hechting kan bonding als bedreigend worden ervaren. Emoties van angst, verdriet en boosheid komen hieruit voort en kunnen leiden tot de afweermechanismen vechten, vluchten, controleren of bevriezen. In het laatste geval worden geen emoties meer gevoeld en kan het tekort aan bonding zich uiten in lichamelijke symptomen zoals spanningsklachten, hypertensie, maag-darmklachten en psychosomatische ziekten.

Het ontstaan van de methode

Casriel ontdekte in zijn groepstherapie dat deelnemers de neiging hadden elkaar vast te houden als er verdriet opkwam. Het lichamenlijk contact met een medegroepslid werd aanvankelijk als prettig ervaren, maar veroorzaakte vervolgens het pijnlijke gevoel van een gemis, vaak uit de vroege kinderjaren. Hij liet deelnemers oefenen in nabijheid. In tweetallen hielden ze elkaar daarbij vast. Het zijn vaak heftige gevoelsreacties die door de intieme nabijheid van een ander worden opgeroepen. Deze oefeningen werden bonding-

oefeningen genoemd en worden in dit artikel later beschreven.

Bij een gezond individu beïnvloeden gedachten, emoties en gedrag elkaar zodanig dat plezier en welbevinden maximaal zijn en pijn en ongemak minimaal. In de bondingspsychotherapiegroepen wordt niet alleen gewerkt aan emoties, ook het gedrag met de onderliggende attitude komt aan bod. Gedrag waarmee emoties worden onderdrukt, wordt in de groep niet geaccepteerd. Voorbeelden hiervan zijn: gebruik van alcohol en drugs, het zich isoleren, gebruikmaken van geweld of dreigen met geweld en ander zelfdestruc-tief gedrag.

Wanneer de behoeften aan een veilige bon-ding en gehechtheid onvoldoende worden bevredigd, zal al vroeg in de eerste levens-jaren een houding kunnen ontstaan als: ‘ik besta niet’, ‘ik ben niet om van te houden’, ‘ik ben niet goed genoeg’, ‘ik heb niet nodig’ en ‘ik heb er geen recht op’. Deze houdingen kunnen beschouwd worden als afweermechanismen. Zij hebben de functie om verwarrende pijnlijke boodschappen te rechtvaardigen en begrijpelijk te maken waarom behoeften niet worden vervuld.

Zo kan een klein kind dat geen liefdevolle aandacht krijgt een dergelijke houding ont-wikkelen (Kooyman, 1990). Het zijn hard-nekkige overtuigingen die meestal al ontstaan voordat iemand kan praten en ze zijn derhalve opgeslagen in het impliciete geheugen (Stauss, 2005, 2007). In een ver-bale therapie kunnen deze negatieve hou-dingen wel herkend maar vaak niet veranderd worden.

Verdieping van de theorie

Konrad Stauss, hoofd van een psychosoma-tische kliniek in Duitsland, heeft de inzichten van Casriel verbonden met de hechtingstheorieën (Stauss, 2005; Stauss & Ellis, 2007). In dezelfde tijd dat Casriel zijn theorie voor de bondinggroepen ontwik-kelde, beschreef Bowlby zijn attachment-theorie (Bowlby, 1988). Bowlby stelde dat onvoldoende vervulling van de behoefte aan attachment de oorzaak is van vele psycho-sociale stoornissen. Grawe (2004) gaf aan dat psychologische processen gericht zijn op het tegelijkertijd vervullen van bio-psycho-sociale basisbehoeften. In Nederland beschreven De Ruiter en Van IJzendoorn (1992) de samenhang tussen psychisch disfunctioneren en het ontbreken van een veilige gehechtheid. Van Oudenhoven wijst op de relatie tussen een veilige hech-tingstijl en later cohesief gedrag, zoals maatschappelijke participatie, binding en betrokkenheid (Van Oudenhoven e.a., 2004). Young (2005) gaat er van uit, dat een psycho-logisch gezond individu zijn of haar basisbe-hoeften kan vervullen.

Stauss (2007) beschrijft hoe positieve erva-ringen bij de vervulling van de basale bio-psycho-sociale behoeften worden vastge-legd in neuronale netwerken. De psycholo-gische representatie van de wisselwerking met deze basale behoeften, noemt Stauss ‘een functioneel emotioneel schema’. Het subjectieve gevoel van plezier en lichame-lijk welbevinden, wordt ervaren als de basale bio-psycho-sociale behoeften zijn

vervuld en geeft rust. Dit is volgens Stauss een uiting van een optimaal functioneren in de hersenen, wat consistentie wordt genoemd. Als dit gevoel wordt bedreigd, ontstaat een onplezierig, onbehagelijk gevoel (stress). Herstel van consistentie heeft in bondingspsychotherapie prioriteit om het neuro-psychologisch proces in de hersenen te stabiliseren. Hierdoor wordt een optimaal psychisch functioneren mogelijk gemaakt (Stauss, 2007).

Stauss stelt, in navolging van de humanistische psychologie, dat er zeven basale bio-psycho-sociale behoeften zijn. De behoeften zijn universeel en ze worden afhankelijk van de cultuur anders geuit. Volgens Stauss is het voor iemands emotionele welzijn nodig dat de volgende bio-psycho-sociale basisbehoeften zijn vervuld:

- bonding (lichamelijke nabijheid en emotionele openheid) in relaties ervaren
- veilig gehecht zijn met een ander
- lichamenlijk welzijn ervaren
- autonoom zijn
- zelfrespect ervaren
- een eigen identiteit hebben
- een betekenisvol leven leiden

In de ontwikkeling is sprake van een hiërarchie, die vergelijkbaar is met de fasen in de psycho-sociale ontwikkeling zoals die is beschreven door Erikson (1971).

Bonding is de meest basale van deze behoeften en is een voorwaarde om de behoefte aan hechting te vervullen. Deze twee samen vormen de basis voor het kunnen vervullen van de andere behoeften

en zijn een voorwaarde voor het levenslang kunnen ervaren van plezier en emotioneel welzijn.

Casriel beschrijft twee prototypen van volwassenen die de behoefte aan bonding niet adequaat kunnen invullen. De *acceptor* doet er alles voor om genegenheid te verkrijgen. Hij zal er zelfs pijn voor lijden en zal boosheid niet uiten uit angst voor afwijzing. De *rejector* wil niet afhankelijk zijn, vertrouwt anderen niet, vraagt niet om hulp en heeft moeite met het toelaten van verdriet.

Volgens Stauss zijn de meeste mensen die last hebben van psychische problemen niet ziek. Zij lijden eerder aan symptomen die een gevolg zijn van chronische deprivatie van bio-psycho-sociale behoeften. In de therapie leren de deelnemers hoe zij zelf in deze behoeften kunnen voorzien. Het passief laten invullen van behoeften door een ander is niet genoeg, de persoon blijft onnodig afhankelijk en onzelfstandig.

De ontwikkeling van niet-effectieve emotionele schema's (bijvoorbeeld 'als ik te dicht bij iemand ben, word ik pijn gedaan') heeft in de kinderjaren een adaptieve functie. Zij zijn functioneel om als kind te kunnen overleven in disfunctionele relaties en ontstaan door herhaaldelijke schendingen van iemands basale persoonlijke behoeften. Door de schema's worden pijnlijke ervaringen afgeweerd. Bondingspsychotherapie is erop gericht om die disfunctionele schema's, die een positieve relatie met anderen in de weg staan, door oefening te veranderen.

Hechtingsstijlen

Mary Ainsworth e.a. (1978) beschrijft verschillende hechtingsstijlen bij kinderen. De hechtingsstijlen zijn een weerspiegeling van de oorspronkelijke hechting aan de primaire hechtingsfiguur en diens reactie op de behoeften van het kind. Zij maakt onderscheid tussen een veilige hechtingsstijl en drie onveilige hechtingsstijlen, te weten: een vermijdende, een ambivalente en een gedesorganiseerde hechtingsstijl.

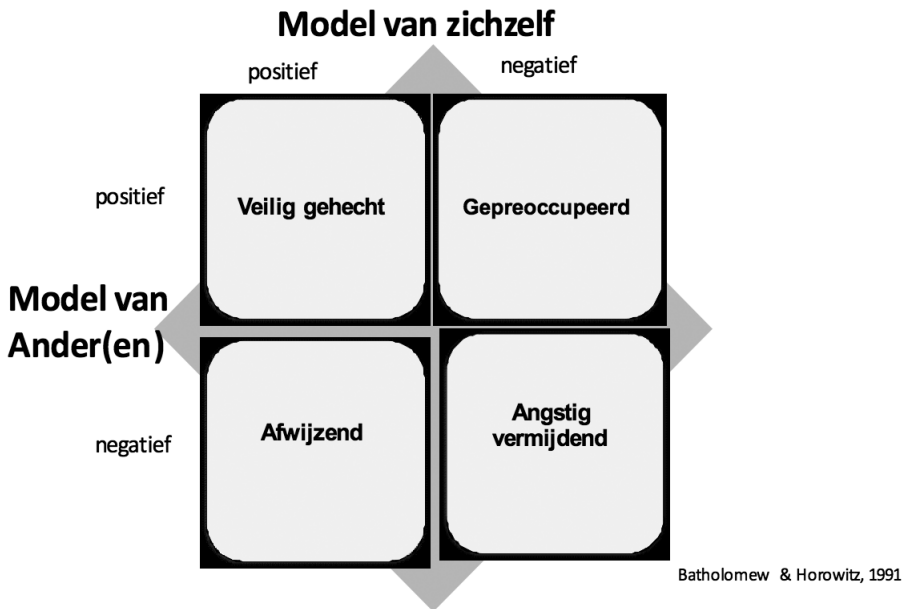
Bartolomew en Horowitz (1991) beschrijven eveneens vier hechtingsstijlen, maar dan bij volwassenen. In navolging van Bowlby geven zij aan dat kinderen hun vroege hechtingservaringen internaliseren in de vorm van een innerlijk werkmodel. Het beeld dat de persoon met een veilige hechting van de ander heeft, is ontstaan en

verankerd doordat de ander herhaaldelijk steun en bescherming verleende. Op eenzelfde manier ontstaat een innerlijk werkmodel van het zelf, als bij herhaling het zelfbeeld al of niet positief bekrachtigd wordt. De innerlijke werkmodellen van het zelf en de ander (positief of negatief) zijn te combineren tot vier hechtingsstijlen (zie figuur 1).

Deze vier hechtingsstijlen zijn:

- Veilig: voelt zich comfortabel met betrekking tot autonomie en intimiteit
- Gepreoccupeerd: voelt zich comfortabel met intimiteit, maar heeft angst voor autonomie
- Angstig vermijdend: heeft zowel angst voor intimiteit als voor autonomie
- Afwijzend: heeft angst voor intimiteit maar voelt zich comfortabel met autonomie

Figuur 1. De hechtingsstijlen



Doel van de therapie

Het eerste doel van de therapie is het emotioneel verwerken van vroegere pijnlijke ervaringen, waardoor in vergelijkbare situaties in het hier en nu de oude emoties niet meer opkomen. Hierdoor zal in het heden niet meer overmatig heftig emotioneel of in het geheel niet worden gereageerd.

Het uiteindelijke doel van bondingspsychotherapie is het vergroten van het vermogen om bio-psycho-sociale basisbehoeften te kunnen vervullen, positieve relaties te kunnen aangaan en te kunnen genieten van het leven. Om waardevolle relaties te kunnen onderhouden is een veilige hechtingsstijl nodig. Dit kan bereikt worden door in de groep nabijheid als veilig te leren ervaren en negatieve overtuigingen met betrekking tot jezelf in relatie tot anderen te veranderen in positieve.

De praktijk

Een wekelijkse groep bestaat uit tien tot zestien deelnemers onder begeleiding van twee therapeuten, bij voorkeur een man en een vrouw. De groepsbijeenkomsten vinden plaats op een vast tijdstip en duren per sessie circa drie uur. Weekendgroepen komen negen à tien keer per jaar samen, met vier à vijf sessies per weekend. Het aantal deelnemers bij weekendgroepen kan oplopen tot enkele tientallen onder begeleiding van meerdere therapeuten.

De therapiegroepen zijn doorlopende, open groepen. Regelmatig komen er nieuwe deelnemers in de groep, bij voorkeur met

twee of meer tegelijk. Voordat een cliënt toetreedt tot de groep is er een intakeprocedure.

De intakeprocedure bestaat uit een aantal individuele gesprekken en de afname van een aantal vragenlijsten (zie hieronder). Er wordt een anamnese afgenomen en een diagnose gesteld. Daarnaast krijgt de deelnemer een uitleg over de praktische gang van zaken en de groepsregels en wordt een behandelplan opgesteld. In een kleine groep van nieuwe deelnemers wordt uitleg gegeven aan de hand van een aantal eenvoudige oefeningen waarbij oogcontact wordt gemaakt en men elkaar vervolgens aanraakt. Deze oefeningen zijn een eerste stap om de nabijheid van de ander te ervaren en de eerste indrukken met elkaar te delen.

Het verloop van een groepsbijeenkomst kan men zich als volgt voorstellen. De groepstherapie vindt plaats in een goed geluidsgesoleerde ruimte. De sessie begint met een ronde waarbij de deelnemers kort antwoorden op de vraag: ‘Hoe voel ik mij op dit moment en waar wil ik aan werken?’. In de groep wordt voornamelijk gewerkt met twee technieken: het leren omgaan met lichamelijke nabijheid (de bondingtechniek) en het werken aan negatieve houdingen (de attitudetechniek).

De bondingtechniek

Voor het werken aan het omgaan met nabijheid, kiest ieder groepslid een partner. De bondingoefeningen worden door alle deelnemers in tweetallen tegelijkertijd uitge-

voerd onder begeleiding van twee therapeuten. De therapeuten bewaken dat deelnemers niet over hun grenzen gaan, bijvoorbeeld dat een vrouwelijke deelnemer met een incestervaring niet als gevolg van sociale wenselijkheid impulsief besluit om te werken met een mannelijke deelnemer. Zij kan beter eerst een tijd met een vrouwelijke partner werken.

Bij de bondingstechniek is het belangrijk om onderdrukte emoties die samenhangen met onverwerkte ervaringen uit het verleden te kunnen uiten. Het emotioneel doorwerken van deze ervaringen maakt het mogelijk om de nabijheid van de ander als prettig te ervaren.

De partners van de tweetallen werken beurtelings. Degene die aan de beurt is (en 'werkt'), omarmt zijn partner. Dit kan in staande, zittende of liggende positie gebeuren. Dit roept doorgaans emoties op. Door deze gevoelens te versterken door te schreeuwen, wordt contact gemaakt met verdrongen emoties uit het verleden (Geerlings & De Klerk-Roscam Abbing, 1985). Een andere methode om bij de weggestopte emoties te komen is het gebruiken van korte trefzinnen. Meestal zijn dat de positieve versies van negatieve houdingen, bijvoorbeeld: 'Ik ben wel om van te houden!'. Bij een intens emotionele ontlasting, vallen de woorden veelal weg en blijft het bij het uitschreeuwen van een kwaad, bang of pijnlijk 'Aaah!' als preverbale uitingsvorm.

Samen liggen op een matras, met lichamen contact zonder oogcontact, bevordert de regressie. De techniek maakt het moge-

lijk om negatieve emoties in een veilige omgeving te uiten. Het mogen en kunnen uiten van de heftige emotie(s) in de veilige context, zorgt voor een corrigerende emotionele ervaring. Na de emotionele ontlasting komt de deelnemer tot rust. In deze fase van rust wordt in stilte de positieve nabijheid van de ander (bonding) ervaren. In deze fase is de consistentie hoog. Consistentie is een begrip dat aanduidt dat de hersenfunctie optimaal is, wat een gevoel van welzijn geeft (Grawe, 1998). Deze fase dient ten minste even lang te duren als de fase van catharsis. In de fase van catharsis kan heftige woede worden ervaren. De nabijheid van de ander wordt dan niet meer verdragen. Dit kan door de therapeut gekanaliseerd worden door de deelnemer te laten slaan op een kussen.

Anders dan vaak wordt gedacht komt in deze groepen lichamenlijk geweld niet voor. Dit komt wellicht door het uitschreeuwen van primaire emoties. Psychotische reacties komen evenmin voor. Dissociëren door deelnemers komt soms voor. De therapeut kan dit opheffen en het groepslid actief in het hier en nu terugbrengen door aan te kijken, aan te moedigen en gerust te stellen. Met het oogcontact komt de deelnemer er dan toch toe om de diepere emotie te ontlasten.

Omdat er bij bondingpsychotherapie veel lichamenlijk contact plaatsvindt, moet de therapeut zich bewust zijn van risico's op het ethische vlak. Grensoverschrijding en verwarring tussen bonding en seksualiteit ligt voor de hand (Martens, 2001). Een bondingtherapeut is gebonden aan een ethi-

sche code welke door de Vereniging voor Bondingspsychotherapie is opgesteld. De groepsregels en het klimaat van oprechtheid in de groep zorgen er voor dat seksuele *acting-out* niet voorkomt.

De attitudetechniek

De eerder beschreven negatieve attitudes belemmeren de opbouw van bevredigende relaties. Attitudes of houdingen worden ook wel overtuigingen of schema's genoemd (Young, 2005). Een negatieve overtuiging is bijvoorbeeld: 'Ik mag geen fouten maken'. De betrokkene is zich meestal niet bewust van deze onderliggende attitudes. In de groep wordt de negatieve houding besproken en aan een nieuwe positieve houding gewerkt.

De deelnemer leert om de pijnlijke emoties te uiten vanuit het midden van een kring. Dat is minder beschermd en daardoor ook lastiger voor de deelnemer dan tijdens de bondingoefening.

In de attitude-oefening staat één van de deelnemers in een kring van deelnemers. De deelnemer stelt zich daarbij een relevante referentiefiguur (bijvoorbeeld een van zijn ouders) voor, kijkt de groepsleden vervolgens één voor één in de ogen, en spreekt hardop de attitude uit die niet geloofd wordt. Zoals 'Ik besta', 'Ik heb er recht op', 'Ik mag fouten maken', 'Ik ben om van te houden', enzovoort. In de oefening volgen verschillende emoties elkaar meestal op: de angst en de pijn van het ongelooft, de kwaadheid naar degenen die de negatieve boodschap hebben gegeven,

het verdriet daarover, en ten slotte het plezier als de positieve houding als waarheid wordt ervaren (Kar, 2004).

De steun en aanmoediging van therapeuten en groepsleden en hun bevestiging helpt de deelnemer om de pijnlijke emoties te uiten. Oogcontact houden met de andere deelnemers is essentieel. Deze oefening is meer dan een cognitieve herstructurering (Van der Kar, 2008; Ter Haar, 2010), De deelnemer leert zich de positieve attitude eigen te maken op emotioneel niveau. De kracht van de bondingspsychotherapie is, dat negatieve attitudes die ontstaan zijn in de pre-verbale periode nu in (oog)contact met de ander, emotioneel worden gecorrigeerd.

Tijdens het werken in de kring kunnen de heftige gevoelens van een deelnemer zich ook richten op een van de therapeuten of deelnemers. Bijvoorbeeld als de therapeut negatief geassocieerd wordt met een autoritaire persoon uit het verleden. De tweede therapeut zal de deelnemer dan begeleiden bij het uiten van zijn frustratie en agressie. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een lege stoel om het effect van overdracht duidelijk maken (Struijk, 1997).

De twee therapeuten faciliteren het groepsproces en het individuele werk tijdens de verschillende episodens van de groepsessie(s). Het leren als groepsleden onder elkaar is binnen bondingspsychotherapie heel krachtig en heeft niet veel woorden nodig. Een nieuwe deelnemer ziet dat het uiten van emoties in alle heftigheid geen desastreuze gevolgen heeft, maar leidt tot ontspanning en rust. De andere deelnemers

zijn niet door de pijn verlamd geraakt en ook niet gek geworden.

De groepsbijeenkomst wordt afgesloten met een slotronde, waarbij iedereen kan vertellen aan de groep hoe men zich voelt; waaraan is gewerkt en hoe dit is toe te passen is in het dagelijks leven. Na afloop maken de deelnemers voor zichzelf een verslag van de groep en sturen een kopie aan de therapeuten.

Naast de groepsbijeenkomsten heeft iedere deelnemer op geregelde tijd individuele gesprekken met een van de therapeuten. Het doel van die gesprekken is inzichtelijk te reflecteren op de ervaringen uit de groepsessie(s). Het individuele therapieproces wordt hiermee ondersteund. Deelnemers sluiten de therapie af met een persoonlijke evaluatie en feedback van de groep.

Indicatiestelling

In de bondingspsychotherapie worden stoornissen gezien als een symptoom van hechtingsproblematiek. De hechtingsproblemen veroorzaken niet-adaptieve interactiepatronen met andere mensen. Dit leidt er toe dat iemand in onvoldoende mate aan zijn bio-psycho-sociale behoeften kan voldoen. Als een symptoom van dit tekort ontstaan klachten. In de bondingspsychotherapiegroepen treffen we dan ook mensen met heel diverse klachten zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen, als ook persoonlijkheidsstoornissen en combinaties van het voorgaande.

Contra-indicaties voor bondingspsychotherapie zijn:

Lichamelijk

- Een slechte cardiovasculaire conditie (zoals pijn in de hartstreek bij inspanning).

De oefeningen kunnen namelijk zowel psychisch als lichamelijk inspannend zijn. Een hypertensie zonder vaatproblemen of een versnelde hartactie zonder somatische oorzaak (zoals bij een angststoornis of een paniekaanval) is geen contra-indicatie.

- Een bestaande of herstelde loslating van het netvlies.

Bij het uitschreeuwen van emoties kan een verhoogde druk in het hoofd ontstaan met daarbij een verhoogde druk op de oogbol. Vooral als de emoties gedeeltelijk worden ingehouden loopt de druk op.

- Een zwangerschap.

Heftige emoties die luidruchtig worden geuit, ook door andere deelnemers, kunnen zowel bij de moeder als bij het kind stress veroorzaken, die in deze periode beter vermeden kan worden.

Psychisch

Een psychotische stoornis, bijvoorbeeld schizofrenie, een paranoïde stoornis of een ernstige borderlinepersoonlijkheidsstoornis, een manische fase van een bipolaire stoornis en verslaving als het gebruik van de verslavende middelen niet geruime tijd is gestaakt (Kooyman 2003; Kats 2004).

Testdiagnostiek

Bondingspsychotherapie beoogt verbetering op drie niveaus: klachtniveau, interpersoonlijk niveau, en intrapersoonlijk niveau. Om bij de intake een indruk te krijgen van deze drie niveaus worden drie tests afgenomen: de SCL-90 voor het klachtniveau, de RSQ (Relationshipstyle Questionnaire) voor de hechtingsstijl en het interpersoonlijk functioneren (Griffin & Bartholomew, 1994), SASB (Structural Assessment of Social Functioning) voor het intrapersoonlijk functioneren. Naast de toepassing bij de intake worden deze instrumenten gebruikt voor het bepalen van de voortgang en het effect van het therapieproces.

Deze testbatterij kan worden uitgebreid met onder meer de IIP-C (Inventory Interpersonal Problems) (Zevalkink & Berghout, 2005), de BDI-II (Becks Depression Inventory), de Schemavragenlijst van Young en de Vragenlijst Belastende Gebeurtenissen (VBG), voor het bepalen van de ernst van posttraumatische symptomen.

Wetenschappelijk onderzoek

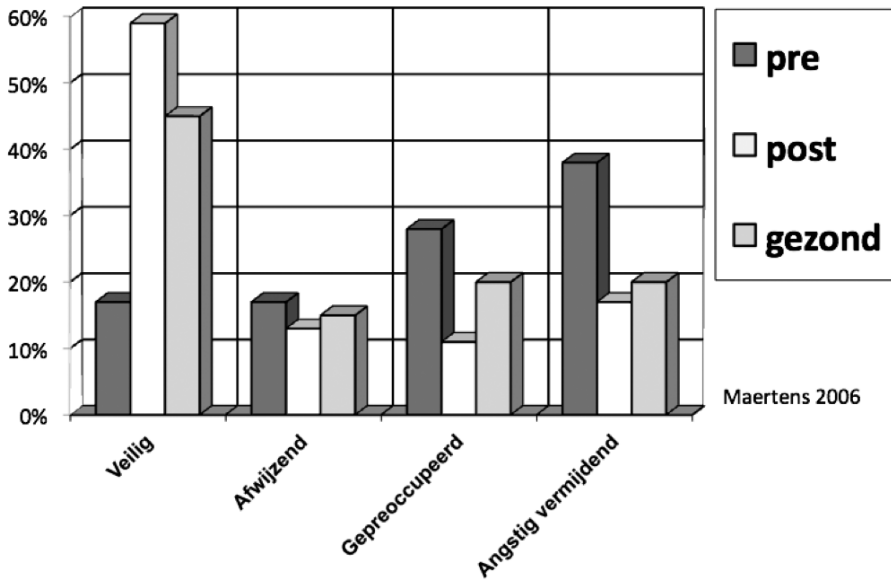
Het eerste onderzoek in Nederland naar effectiviteit van bondingspsychotherapie is gedaan door Kats (2004). Het betreft een pilotstudie. Zij deed onderzoek onder 52 deelnemers welke verdeeld waren over drie heterogene, open bondingspsychotherapiegroepen. Op een moment werden alle deelnemers in de drie groepen gemeten. Bij dezelfde deelnemers werd deze meting zes maanden later herhaald. Zij vond een signi-

ficante daling van klachten, gemeten met de SCL-90. Die daling was het sterkst op de schalen angst, depressie, somatisatie, insufficiëntie van denken en handelen, en wantrouwen. Op de RSQ werd een significante afname gezien op de schaal wantrouwen. De subschalen verlatingsangst en bindingsangst nemen wel af, maar niet significant. Wellicht was een daling op deze schalen ook significant geweest indien over een langere periode was gemeten.

In een onderzoek van Maertens (2006) in België in 2004-2005 werden bovengenoemde resultaten bevestigd. Het onderzoek betrof wekelijkse ambulante bondingspsychotherapiegroepen. Aan het onderzoek namen 46 personen deel. De meetperiode was een jaar. Uit figuur 2 blijkt dat er een sterke toename is in de groep van de veilige hechtingsstijl. Er is een daling te zien in de onveilige hechtingsstijlen (afwijzend, gepreoccupeerd, angstig-vermijnd). Na een jaar blijkt dat de veilige hechtingsstijl in de onderzochte populatie meer voorkomt dan in een gezonde, normale populatie (zie figuur 2).

Uit het onderzoek van Maertens blijkt verder dat bondingspsychotherapie eveneens effectief is op symptoomniveau. Het effect mag spectaculair genoemd worden (zie figuur 3). In een jaar tijd werden drie metingen gedaan (bij begin therapie, na zes maanden, na een jaar). Figuur 3 laat zien dat alle klachten die gemeten zijn met de SCL-90, significant afnemen. Zowel het

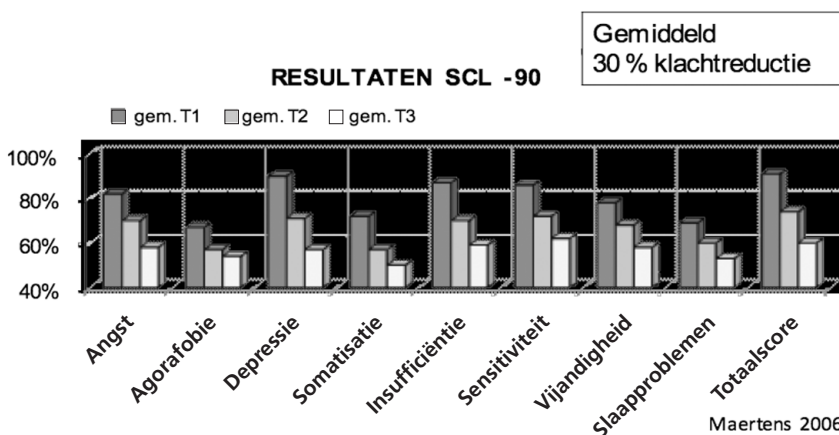
Figuur 2: Verandering van hechtingsstijl. (1 jaar wekelijks bondingspsychotherapiegroep, ambulant, Maertens, 2006)



verschil tussen T1 en T2, als tussen T2 en T3 bleek significant te zijn (beide $p < .01$). Na een jaar blijken de klachten te zijn afgenomen tot vrijwel het niveau van de normale populatie.

Ook in een psychosomatische kliniek in Duitsland is in de periode 1998-2006 effectonderzoek gedaan. De bevindingen waren vergelijkbaar met die uit het onderzoek van Maertens.

Figuur 3: De resultaten gemeten met de SCL 90. (1 jaar wekelijks bondingspsychotherapiegroep, ambulant, Maertens, 2006)



Het aantal personen in het onderzoek was 6814. De gemiddelde opnameperiode was 61 dagen. Er werd op individueel niveau een voor- en nameting gedaan. Na gemiddeld 61 dagen opname was de hechtingsstijl van de groep met 45% verbeterd. Bovendien was de groep bij de nameting 5% meer veilig gehecht dan een normale populatie (Stauss, 2007; Fisseni & Mestel, 2009; Mestel & von Wahlert, 2009).

Ook in Duitsland werden spectaculaire resultaten gevonden op de SCL-90. De gemiddelde effectsize was 0.85, bij insufficiëntie 0.82 en voor depressie zelfs 0.92. Uit dit onderzoek blijkt dat op inter-persoonlijk niveau, gemeten met de IIP-C, er sprake is van een hoog significant effect (effectsize van 0.85). Op intrapersoonlijk niveau gemeten met een verkorte versie van de RSQ, is sprake van een redelijk effect met betrekking tot angst voor verlaten (effectsize 0.75) en een klein effect met betrekking tot angst voor nabijheid (effectsize 0.38).

De conclusie van dit onderzoek is: een kleine verschuiving in de richting van een veilige hechtingsstijl, geeft een groot effect op het inter-persoonlijk functioneren en een redelijk effect op het intra-psychisch functioneren (Fisseni e.a., 2008).

Müller (2010) heeft nader onderzoek gedaan naar het effect van bondingspsychotherapie op de oxytocinespiegel in het bloed. Het hormoon oxytocine wordt beschouwd als een parameter voor de mate van hechting. Müller nam voor en na een bondingoefening bloed af bij deelnemers.

In de monsters werd het gehalte aan oxytocine bepaald. Hij vond bij deelnemers met een angstigvermijdende en afwijzende hechtingsstijl een lage concentratie oxytocine in het bloed. Door het doen van bondingoefeningen bleek de snelheid van afgifte van oxytocine toe te nemen. Dit is een aanwijzing dat er een bio-chemische verandering optreedt door het vertrouwd raken met nabijheid, door de bondingtechniek.

De organisatie van bondingspsychotherapie

In Europa wordt met bondingspsychotherapie gewerkt in Nederland, België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Portugal, Slovenië, Zweden, en Zwitserland. Elk land heeft zijn eigen vereniging. Alleen Nederland en België vormen samen de Vereniging voor Bondingspsychotherapie. De *European Society for Bonding Psychotherapy* (ESBP) is lid van de *European Association for Psychotherapy* (EAP). De ESBP vormt met de Amerikaanse en Argentijnse vereniging voor bondingspsychotherapie de *International Society for Bonding Psychotherapy* (ISBP). De ISBP organiseert om de twee jaar een internationale conferentie.

De Vereniging voor Bonding Psychotherapie organiseert jaarlijks een studiedag (Kooyman, 2003; ter Haar, 2010). Meer informatie kunt u vinden op de websites <http://www.bondingspsychotherapie.nl> en <http://www.bondingspsychotherapie.com>.

Conclusie

Bondingspsychotherapie is een intensieve en effectieve groepstherapie. De methode van de bondingspsychotherapie is gebaseerd op een consistente theorie en levert de gewenste resultaten op.

Het resultaat van het therapieproces is, dat de deelnemers de pijn van de vroegere ervaringen hebben verwerkt. Hierdoor hebben deze ervaringen veel minder invloed op de emoties, het gedrag en de attitudes met betrekking tot anderen. De klachten zijn verminderd, de hechtingsstijl, het zelfbeeld en het vertrouwen in anderen zijn aanzienlijk verbeterd. De deelnemers kunnen zelf voorzien in hun bio-psycho-sociale basisbehoeften en kunnen genieten van het leven. De resultaten van de therapie zijn spectaculair, dit wordt door onderzoek bevestigd.

Literatuur

- Ainsworth M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Waal, S. (1978). *Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bowlby J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bartolomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults. A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-224.
- Casriel, D. (1972). *A scream away from happiness*. New York: Grosset & Dunlap.
- Erikson, E. (1971). *Identiteit, jeugd en crisis*. Utrecht: Spectrum.
- Fisseni, G., Stauss, K., von Wahlert, J., Mestel, R. (2008). *Geïntegreerde bondingspsychotherapie*. Voordracht Studiedag van de Vereniging voor Bondingspsychotherapie, maart 2008, Antwerpen.
- Fisseni, G. & Mestel, R. (2009). *Attachment styles changes and bonding psychotherapy*. Voordracht The 17th International Bonding Conference, mei 2009, Bad Grönenbach, Duitsland.
- Geerlings, P. & Klerk-Roscam Abbing, J. de (1985). Cathartische activerende, psychodynamische groepstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jaargang 11, 1-19.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Haar, A. ter. (2010). Pillen voor de geest? Hechting als medicijn. Studiedag Bondingspsychotherapie 26 maart 2010. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica & groepstherapie*, 5 (2), 38-44.

Höfler-Zimmer, D. & Kooyman, M. (1996). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding. An integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13 (6), 511-519.

Kats, S. (2004). *Evaluatie ambulante bondingspsychotherapiegroepen*. Voordracht studiedag VBP, februari 2004, Rotterdam. Eindreferaat opleiding tot psychiater, Medische Faculteit Erasmus Universiteit, 2004.

Kar, B. van der (2008). Niet meer bang voor nabijheid en verlaten. Werken aan een veilige hechtingsstijl in bondingspsychotherapie. Verslag workshop studiedag NVGP. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica & groepstherapie*, 3 (4), 21-22.

Klerk-Roscam Abbing, J. de (1994). De Casrielmethode. In: T. J. C. Berk et al., *Handboek groepspsychotherapie* M4.1-M4. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kooyman, M. (1990). Tederheidtekort en verslaving. In: *Tederheid, over de gevolgen*

van tederheidtekort bij mens en dier. A.D. de Groot en J.P. Kruijt (Red.), SIGO (Stichting voor Interdisciplinair Gedragwetenschappelijk Onderzoek), 89-100. Boom: Meppel.

Kooyman, M. (1992). *The therapeutic community for addicts, intimacy, family involvement and treatment outcome*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam: Universiteits Drukkerij.

Kooyman, M. (2003). Attachment en behandeling in de bondingspsychotherapie. Verslag studiedag Vereniging voor Bondingspsychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29 (6) 531-533.

Maertens, J. (2006). *Invloed van bondingspsychotherapie op gehechtheidsstijl bij volwassenen*. Eindscriptie, onderzoeksgroep psychotherapie en dieptepsychotherapie, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Leuven.

Martens, J. (2000). Psychotherapiegroepen voor cliënten met harddrugverslavingen. In: T. J. C. Berk et al., *Handboek groepspsychotherapie*. N3.1-N3.44. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Martens J. (2001). Bondingspsychotherapie in een residentiële setting voor de behandeling van drugsgebruikers. In: W.R. Buisman e.a. (Red.), *Handboek verslaving*. 6119-1-34. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Mestel, R. & von Wahlert, J. (2009). Veränderungen der Bindungsstile von 6.800

Patienten während stationärer psychosomatischer Rehabilitation. In: *DRV-Schriften (Hrsg.): 18e Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium -Innovation in der Rehabilitation - Kommunikation und Vernetzung* (418-420). Frankfurt a. Main: DRV Schriften 83.

Müller, A. (2010). *Are changes in oxytocin reactions after bonding psychotherapy, related to a reduction of psychopathological symptoms?* Voordracht conferentie European Association for Bonding Psychotherapy, mei 2010, Vittorio Veneto.

Oudenhoven, J.P. (2004). *Oud gedaan, jong geleerd? Een studie naar de relatie tussen hechtingsstijlen, competenties, evln-intenties en sociale cohesie.* Amsterdam: Aksant.

Ruiter, C. de & IJzendoorn M.H., van (1992). Agoraphobia and anxious ambivalent attachment: an integrative review. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 365-381.

Stauss, K. (2006), *Bondingspsychotherapie, Grundlagen und Methoden.* München: Kösel-Verlag.

Stauss, K. & Ellis. F.W. (2007), *Bondingspsychotherapie, Theoretical Foundations and Methods.* Publicatie International Society for Bonding Psychotherapy.

Struijk, A. (1997). Tegenoverdracht en bondingspsychotherapie. In: T. J. C. Berk et al., *Handboek groepspsychotherapie.* M5.3-M5.29. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Young J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie, Handboek voor therapeuten.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Zevalkink, J. & Berghout, C. (2005). *Eerste onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van de Nederlandse versie van de Inventory of Interpersonal Problems: vergelijking NPI steekproeven IIP-C (versie 1988) en IIP-C (versie 2000).* Amsterdam: Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI).