

Inleiding

Anniek Thoomes-Vreugdenhil

De theorie van de gehechtheid, ontwikkeld door Bowlby, is door een groot aantal onderzoeken bevestigd en uitgebreid. Steeds duidelijker wordt het belang van gehechtheid voor de ontwikkeling van het individu maar ook voor de samenleving. Een veilige gehechtheid geeft het individu bijvoorbeeld meer kansen op school, in vriendschappen, in werk en in relaties. Het verband tussen veilige gehechtheid en zelfvertrouwen, en tussen veilige gehechtheid en sociale vaardigheden, vriendschappen en intieme relaties is door onderzoeken aangetoond (hoofdstuk 1). Bij het belang van veilige gehechtheid voor de samenleving gaat het onder andere om geweld en agressie.

De draagwijdte van gehechtheid is groot.

Op velerlei wijzen wordt de aandacht gevraagd voor het belang van een goede ontwikkeling van kinderen: aandacht voor goede kinderopvang en goede jeugdzorg, het belang van het kind tegenover het belang van ouders, het belang van hulp aan gezinnen enzovoort. Een goede ontwikkeling van het kind wordt gezien tegen de achtergrond van een veilige gehechtheid (hoofdstuk 1).

De aandacht voor goede jeugdzorg haalt meerdere malen de dagbladen. Vooral als het belang van het kind in strijd is met het belang van de ouders. Dat wil zeggen dat een kind soms beter af is in een pleeggezin dan bij de eigen ouders, ook al willen de eigen ouders voor het kind zorgen. Gekeken moet worden waar het kind de beste gehechtheidsmogelijkheden heeft en waar het kind al een veilige gehechtheidsgeschiedenis heeft.

Een voorbeeld: een jongen van 8 jaar die in een residentiële setting woont.

Samen met zijn groepsleidster, zijn mentor, bezoekt de jongen zijn moeder. Hij blijft aanvankelijk in de buurt van zijn mentor. Na een tijdje gaat hij rondlopen, praat met zijn moeder, loopt het huis door en zegt dan tegen zijn groepsleidster: 'ik wil naar huis, het is hier niet veilig'.

De leefgroep van de residentiële setting is voor hem, op dat moment, veiliger dan de situatie bij zijn moeder. Het belang van de ouders laten prevaleren wil zeggen dat het recht van de ouders op het verzorgen van hun kind voorgaat op het belang van het kind. Vanzelfsprekend moet altijd zorgvuldig worden nagegaan of ouders, zo nodig met hulp, de noodzakelijke veiligheid aan hun kind kunnen bieden. Maar als daar twijfels over zijn, geldt de stelregel dat het belang van het kind voorop staat, zeker gezien de gevolgen van onveilige gehechtheid voor het welzijn van het kind en de veiligheid van de samenleving. Die veiligheid van de samenleving is niet te onderschatten als we de onderzoeken daarover nagaan.

a. *Gehechtheid en de samenleving*

Enkele onderzoekers hebben het verband tussen gehechtheid en jeugdcriminaliteit, agressie en zinloos geweld bekeken (Lyons-Ruth & Melnick, 2004; Allen e.a., 2002) en een verband geconstateerd.

Van IJzendoorn (1997) komt, na bespreking van enkele onderzoeken, tot de conclusie dat onveilige gehechtheid van het type 'gedesorganiseerd' een risicofactor is voor de ontwikkeling van ernstig antisociaal gedrag. Gedesorganiseerde gehechtheid is onder andere het gevolg van ervaringen in de kindertijd met mishandeling en/of verlies van gehechtheidspersonen. Dit leidt tot een grote mate van wantrouwen tegenover anderen en zichzelf. In hoofdstuk 3 komen we op deze wijze van gehechtheid terug.

Vijandig gedrag van ouders in de relatie met hun kind, zich niet uitend in mishandeling maar wel in afwijzing, kan tot een onveilige, vermijdende gehechtheid leiden. Deze wijze van gehechtheid met deze achtergrond is een risicofactor voor minder ernstige vormen van antisociaal gedrag. In een onderzoek van Overbeek et al (2005) is de conclusie dat een goede gehechtheid van jongeren aan hun ouders een negatieve relatie heeft met jeugdig delinquent gedrag terwijl een jeugd met veel spanningen dat juist wel heeft.

Het grote belang dat aan gehechtheid wordt toegeschreven vraagt dan ook om ontwikkeling van behandeling in die gevallen waar de wijze van gehechtheid onveilig is.

b. Drie behandelwijzen

In een residentiële setting kwam het regelmatig voor dat jonge kinderen (leeftijd van 4 tot 6 jaar) na plaatsing in een pleeggezin weer terug kwamen in de residentiële setting. De reden was dat de pleegouders het gedrag van deze kinderen niet konden hanteren. In de meeste gevallen ging het om competente pleegouders.

In een residentiële setting hebben alle kinderen die daar wonen, te maken gehad met een scheiding van gehechtheidspersonen. Velen zelfs meerdere malen. De meeste kinderen hebben verwaarlozing ervaren, vooral emotionele verwaarlozing. Een fors aantal kinderen is ook bekend met misbruik en mishandeling.

Kortom, genoemd zijn hiermee indicatoren voor het ontstaan van een problematische gehechtheid. Het mislukken van pleeggezinplaatsingen en het mislukken van terugplaatsingen naar de biologische ouders, zijn aanleiding geweest voor onderzoek naar oorzaken van dit verschijnselen en voor het ontwikkelen van een methode om een behandeling te kunnen inzetten.

Na analyse van het gedrag van het kind in het pleeggezin en gesprekken met pleegouders en met pleegouderbegeleiding werd duidelijk dat het gedrag van het kind waar de pleegouders geen raad mee wisten vooral het *allemandsvriendgedrag* van het kind was.

Uit de anamnese kwam naar voren dat deze kinderen niet of nauwelijks ervaring hadden met een gehechtheidsrelatie. Hierbij wordt de term non attachment (Lieberman & Pawl, 1990, Zeanah en Boris, 2000) gebruikt. Tegenstemmen zeggen dat kinderen zich altijd hechten, dat je dus niet kunt spreken van non-attachment. De realiteit leert dat kinderen soms geen gelegenheid hebben zich zo te hechten dar er sprake is van een gehechtheidsrelatie. Kinderen hebben volwassenen nodig, ze kunnen niet overleven zonder hulp van volwassenen, zeker jonge kinderen niet. Het zich richten op volwassenen heb ik bij deze kinderen *gebruiken van volwassenen* genoemd (hoofdstuk 4). De volwassene is inwisselbaar. Bij deze kinderen is geen sprake van een *hechtingsrelatie*. De praktijk heeft me geleerd dat kinderen zich willen hechten zoals ook Bowlby (1988) aangeeft, maar dat pas sprake is van een hechtingsrelatie als kind en volwassene zich verbinden met elkaar. Bij hechtingsgestoorde kinderen is een hechtingsproces, een gehechtheidsrelatie, niet goed op gang gekomen, de ontwikkeling daarvan is gestoord. De dubbele betekenis van dit woord namelijk storen (belemmeren) en stoornis (pathologisch gedrag) hebben geleid tot het benoemen van deze problematiek als *hechtingsgestoord*.

De genoemde analyse heeft geresulteerd in de ontwikkeling van een behandelvorm om dit probleem te kunnen bewerken. Deze behandelvorm is *Differentiatietherapie* genoemd en wordt gebruikt voor kinderen tot ongeveer 12 jaar. De focus van de behandeling is gericht op het allemandsvriendgedrag waarbij het *niet bekijken* de kern is.

Later is deze behandelvorm uitgebreid voor volwassenen met een vermijdende gehechtheidswijze.

In dezelfde setting waren kinderen en jongeren met hetzelfde etiket (verwaarlozingsproblemen, gehechtheidskenmerken) maar met verschillend gedrag, zo verschillend dat de Differentiatietherapie voor hen niet aansloeg. In plaats van allemandsvriendgedrag werd hun gedrag gekenmerkt door afstand houden (nabijheid weren) enerzijds terwijl de wens om nabijheid te ervaren er wel was.

Dit verschijnsel is *nabijheid wensen – nabijheid weren* genoemd. Voor deze groep kinderen en jongeren is een meer op hun probleem gerichte behandeling ontwikkeld: *Fasetherapie*.

Deze behandeling richt zich vooral op de nabijheidservaring en daarmee op de relatievorming. Vandaar dat deze problematiek *relationeel gestoord* is genoemd.

In de praktijk wordt, als het enigszins mogelijk is, ook bij hechtingsgestoorde kinderen Fasetherapie toegevoegd. Begonnen wordt dan met Differentiatietherapie en zo gauw het kind de differentiatie overneemt, wordt Fasetherapie toegevoegd terwijl het differentiatieproces doorloopt.

c. Differentiatetherapie

Met deze methode wordt het allemansvriendgedrag bewerkt: gedrag dat zich kenmerkt door ongedifferentieerdheid, het maakt niet uit welke volwassene er is als er maar één is.

De andere verschijnselen zijn: geringe sociale vaardigheden, dominerend eisend gedrag, agressief gedrag, uitingen van angst, boosheid en wantrouwen, vlindergedrag en vluchtig speelgedrag.

Daarbij of hierdoor is er een achterstand in de ontwikkeling.

Een interpretatie van de verschijnselen wordt in hoofdstuk 4 gegeven.

Een voorbeeld van dit gedrag geeft Christine.

Vanaf haar geboorte heeft Christine in een residentieel jeugdhuis gewoond. In de kindhuizen in het land van haar herkomst was de situatie in die jaren hygiënisch maar niet stimulerend voor de ontwikkeling. De kinderen bleven bijna de hele dag in bed met een enkel stuk speelgoed. Net voor haar tweede verjaardag kwam zij naar Nederland voor adoptie. In het eerste jaar van haar verblijf in Nederland zijn de aspirant adoptief - ouders gescheiden. Geen van beide ouders wilde de zorg voor haar op zich nemen. Binnen het jaar werd zij opgenomen in een residentieel jeugdhuis en op verzoek van het gezin werd het contact na een half jaar beëindigd. Zowel in het gezin als in het residentiële jeugdhuis kon haar nauwelijks wat geleerd worden, zij leerde alleen wat zij nodig had. Dat wil zeggen dat zij de dingen die met eten en drinken te maken had direct oppikte alsmede dat wat zij nodig had in de sociale sfeer. Zo wist zij altijd iemand te vinden als haar knie verzorging nodig had of als haar fietsje kapot was en als zij moe was wist zij een schoot te vinden. Wat haar ook aangeboden werd, niets bekliffde. In de contactuele sfeer maakte zij geen onderscheid tussen de groepsleiding (geen voorkeur voor één).

Na een jaar residentieel jeugdhuis -zij is dan ruim vier jaar- wordt een gezin gevonden dat weet wat verwaarlozing inhoudt. Bij plaatsing was de woordenschat van Christine zeer beperkt, zij wees veelal aan wat zij nodig had. De kennis van kleuren, getallen en voorwerpen ontbrak. Er was een forse motorische achterstand. De kleding was een zaak van voortdurende zorg, zowel schoenen als kleding waren zeer snel kapot.

In de meeste gevallen liep zij langs de gezinsleden heen zonder hen te zien, op straat liep zij naar iedere volwassene toe alsof het een bekende was. Bij verdriet of pijn van de andere gezinsleden liet zij geen enkel gevoel blijken.

In de psychotherapie die Christine is aangeboden, is met haar een proces van differentiëren gestart wat inhoudt dat zij stap voor stap onderscheid leerde maken in smaak, gevoel in de vingers, gehoor, gezichtsintuig en in emoties. Kortom een proces van zintuigontwikkeling.

d. Fasetherapie

Met deze methode wordt het verstoorde relationele gedrag bewerkt: gedrag dat uitkomt in het nabijheid wensen – nabijheid weren.

Andere verschijnselen zijn: geringe sociale vaardigheden, aanklampgedrag, passief en teruggetrokken gedrag, uitingen van angst, boosheid en wantrouwen, uitingen van verlatenheid en teleurstelling, lusteloosheid met betrekking tot activiteiten.

Een interpretatie van de verschijnselen wordt in hoofdstuk 6 gegeven.

Een voorbeeld van dit gedrag geeft Vera.

Toen Vera 2,5 jaar oud was, is haar moeder overleden, en wel na een ziekte die twee jaar duurde. Het eerste ziektejaar verliep betrekkelijk rustig, in het tweede ziektejaar was moeder in toenemende mate onbereikbaar voor de kinderen. Na het overlijden van moeder volgde een onrustige periode. Vera logeerde twee maanden bij een tante en ging weer naar huis toen er gezinsverzorging kwam. Na twee maanden kwam er een andere gezinsverzorgster en na zes maanden weer een andere. Vader was de hele dag van huis, maar was 's avonds beschikbaar, in mindere mate voor Vera daar zij dan al in bed lag. Vera heeft één oudere zuster met wie zij drie jaar verschilt.

Anderhalf jaar na het overlijden van zijn vrouw hertrouwde vader met een acht jaar jongere vrouw. Na twee jaar werd er nog een kind geboren. Vera heeft vanaf het begin zich letterlijk en figuurlijk aan haar stiefmoeder vastgeklampt. Ze hing aan haar been en vroeg de hele dag aandacht. Ze was zeer jaloers op het kind dat na haar kwam. Als Vera negen- en -een- half jaar is en in haar aandacht vragende gedrag geen verandering is gekomen, wordt zij uit huis geplaatst. Na tweeënhalft jaar weet het tehuis niet goed hoe verder te gaan; het boven beschreven gedrag is niet veranderd en in de weekenden vertoont ze ook thuis hetzelfde gedrag. Ze wordt in een ander tehuis geplaatst, net voor haar twaalfde jaar.

Na 3 maanden observatie- en gewenningstijd wordt ze aangemeld voor psychotherapeutische behandeling.

De psychotherapie die aan Vera geboden wordt, begint met behandelfase 1 (zie hoofdstuk 6) waarin ook aandacht besteed wordt aan het differentiëren, vooral van de emoties.

In behandelfase 2 wordt de fasenbehandeling gestart, iedere ontwikkelingsfase van babytijd tot de fase waarin Vera is, krijgt daarbij aandacht (hoofdstuk 6). Het gaat daarbij om ervaren van wat gemist is aan nabijheid, aan veiligheid.

e. *Basistherapie*

Net zoals bij de andere behandelingsvormen zijn ook bij de ontwikkeling van Basistherapie eerst de verschijnselen geanalyseerd: bij veel cliënten is nagegaan hoe de problemen zich uitten, waar overeenkomsten waren, welke achtergrond er was en hoe de overeenkomsten daarbij waren. Dit om te kunnen nagaan waar de behandeling op moest aansluiten.

Bij de ontwikkeling van Basistherapie is gebruik gemaakt van wat geleerd is van Differentiatie therapie en Fasetherapie. Vooral de noodzaak van het ontstaan van een kader, een innerlijke structuur, heeft de aandacht gehad.

De verschijnselen komen overeen met de verschijnselen bij relationeel gestoord, waardoor de problematiek bij volwassenen eveneens relationeel gestoord is genoemd.

Een voorbeeld van dit gedrag geeft Heleen, 25 jaar oud..

Heleen, universitair geschoold, meldt zich aan met als klachten depressiviteit, ambivalente relatie met haar moeder (haat - liefde), verbroken partnerrelatie, schaamte, twijfel aan zichzelf, angsten, neiging tot aanklampgedrag in relaties. Dit laatste verschijnsel onderkent ze en weet ze met moeite te voorkomen in relaties met vrienden. De reden van hulp zoeken is het gevoel open te liggen ('anderen weten wat ik denk en voel'), waardoor ze contacten vermijdt. Daarbij zegt ze niet te weten wie ze zelf is, wat haar onzeker maakt.

Heleen komt uit een gezin met ouders die veel ruzie maakten en waarin zij de rol had de conflicten voor haar ouders op te lossen. Moeder was dominerend en vertelde Heleen hoe ze was, wat ze moest voelen en wat ze moest doen. Met haar heeft Heleen een aan symbiose verwante relatie, met haar vader heeft ze nauwelijks contact. Met haar zus en broer heeft ze een relatie van aantrekken en afstoten. Over haar basisschooltijd vertelt ze dat ze zich op school vaak heel alleen en ellendig voelde. In de verbroken partnerrelatie was ze, zegt ze, claimend en onzeker en had ze daarover veel schaamtegevoelens.

Heleen kreeg Basistherapie aangeboden. In de eerste Behandelfase is gewerkt aan de therapeutische relatie waarin vertrouwen en beschikbaarheid centraal staan. In de tweede Behandelfase zijn de verschijnselen verklaard vanuit de anamnese en verdeeld in vijf begrippen. Die begrippen staan voor de gevoelens die het leven van Heleen en anderen bepalen. Voor deze begrippen, basisbegrippen genoemd, is een bewerkingsmethode ontwikkeld, de kern van Basistherapie. Deze bewerking is een intensief proces waarin de cognitieve factor in de vorm van uitleggen samengaat met empathisch reageren of te wel spiegelen. De bewerkingen worden geoefend in de sessies en meegegeven om in de praktijk van iedere dag verder te oefenen.

Tot slot worden de verschijnselen van beide typen problematiek bij elkaar gezet. De verschijnselen zijn geformuleerd voor kinderen en jongeren, maar wat bij relationeel gestoord genoemd wordt, geldt ook voor volwassenen. De condities die het probleemgedrag in stand houden zijn voor de behandeling belangrijk. Deze zijn uitgangspunt geweest in de ontwikkeling van de behandelingsvormen.

Tabel 1

hechtingsgestoord	relationeel gestoord
<i>waarneembaar gedrag</i>	<i>waarneembaar gedrag</i>
geringe sociale vaardigheden	geringe sociale vaardigheden
allemandvriendgedrag	aanklampgedrag
dominerend eisend gedrag	passief en teruggetrokken gedrag
agressief gedrag	uitingen van angst, boosheid, wantrouwen
uitingen van angst, boosheid, wantrouwen	uitingen van verlatenheid en teleurstelling
ongedisciplineerde activiteiten, vlindergedrag,	lusteloosheid met betrekking tot activiteiten
vluchtig speelgedrag	
<i>ontstaan van de problematiek</i>	<i>ontstaan van de problematiek</i>
omgevingsfactor:	omgevingsfactor:
wisselende opvoedingssituaties vanaf de geboorte	wisselende opvoedingssituaties vanaf de vroege
onvoldoende beschikbaar zijn van de ouders	jeugd
kindfactor	onvoldoende beschikbaar zijn van de ouders
<i>wijze van gehechtheid:</i>	kindfactor
vermijndend gehecht	<i>wijze van gehechtheid:</i>
	ambivalent gehecht
<i>condities die het probleemgedrag in stand houden</i>	<i>condities die het probleemgedrag in stand houden</i>
omgevingsfactor	omgevingsfactor
geen passend opvoedantwoord	geen passend opvoedantwoord
<i>kindfactor</i>	<i>kindfactor</i>
geringe impulscontrole	nervositeit
niet beklijven van ervaringen	depressiviteit
onverschillige houding	lage zelfwaardering
inwisselbaar zijn van volwassenen	ambivalentie in nabijheid zoeken en weren

Bij volwassenen met ambivalent gehechtheidsgedrag (*preoccupied*) kan toegevoegd worden als verschijnsel het *overspoeld raken door gevoelens*. In het onderscheid hechtingsgestoord en relationele gestoordheid is dat omschreven als uitingen van verdriet, teleurstelling en verlatenheid, maar vooral verdriet (Holmes, 1998).

Deze volwassenen kenmerken zich door hyperarousal (hoofdstuk 7, Window of Tolerance, Siegel, 1999)

In de beschrijving ontbreken de hechtingsgestoorde jongeren en volwassenen. De hechtingsgestoorde jongeren in de residentiële setting, zo is mijn ervaring, ontwikkelden zich óf naar de criminele kant, en hun gedrag is dan te typeren als gedragsgestoord, óf ze ontwikkelden vermijndend gedrag. Jongeren en volwassenen met vermijndend gedrag (*gereserveerde gehechtheidswijze*) vragen niet zo snel psychotherapeutische hulp. Ze beschermen zichzelf tegen de mogelijkheid dat de hulpverlener niet beschikbaar is (Dozier, 1990). Zij geven aan relaties niet belangrijk te vinden, zijn al gauw tevreden met vriendschappen die kwalitatief weinig inhoud hebben (Zimmermann, 2004). Daarbij beschrijven ze zichzelf, volgens deze auteur, als emotioneel onafhankelijk.

Agrawel e.a. (2004) geven als kenmerken bij deze wijze van gehechtheid: positief zelfbeeld, een gevoel van waardevol zijn, negatieve verwachting van anderen.

Hierbij wel opgemerkt dat anderen niet zo over hen denken, zoals bij een jongere die beschreven is door Güldner en Stegge (2007): leerkrachten geven aan dat van vriendschappen nauwelijks sprake is, dat de prestaties onder de maat zijn; pleegouders praten over nauwelijks contact, alleen oppervlakkig. De jongere zelf geeft aan veel vrienden te hebben, goed contact te hebben met zijn leerkracht en pleegouders.

Een voorbeeld van deze problematiek bij volwassenen geeft Dolf, 49 jaar oud.

Dolf meldt zich aan met relationele problemen. Hij is getrouwd; hij en zijn vrouw hebben één kind, een zoon die zelfstandig woont. Vanaf de tijd dat zijn zoon op eigen benen ging staan, werden de problemen tussen hem en zijn vrouw duidelijker. De schuld van de slechte relatie wordt bij hem gelegd, hij vertoont vermijdend gedrag, hij vermijdt confrontaties en gesprekken die tot heftige emoties of tot ruzies kunnen leiden. In zijn werksituatie doet hij hetzelfde. Door zeer nauwgezet en zorgvuldig te werken tracht hij fouten die tot berispingen of conflicten kunnen leiden te vermijden. Dolf heeft een jeugd gehad waarvan verwaarlozing het kenmerk is: ouders die geen zorg gaven (net -aan eten, slechte kleding) en alleen met zichzelf bezig waren, de kinderen mochten geen lawaai maken, niets vragen enzovoort. Op lagere schoolleeftijd heeft hij een jaar in een ziekenhuis gelegen bijna zonder dat er bezoek voor hem kwam; deze periode is voor hem traumatisch geweest. Dolf vertelt over zijn leven op een wijze die vervreemdend aandoet: zonder veel emoties vertelt hij over zijn jeugd in termen van: 'ik ging mijn eigen gang, ik vond dat wel prettig, alleen zijn vond ik niet erg, ook nu ben ik graag alleen'. Over de ziekenhuisperiode vertelt hij op dezelfde manier: 'het maakte me niets uit als ze straf gaven, ik had mijn eigen wereld, ik moest alleen liggen, dat vond ik wel prettig. Als mijn moeder niet kwam maakte me dat ook niets uit, ik rekende erop dat ze niet kwam'. Dolf heeft geleerd zichzelf te redden. Van relaties heeft hij geleerd dat die lastig zijn (je wordt weggestuurd als je iets vraagt of iemand wordt boos) en niets te bieden hebben: 'The springs of love are frozen and independence is hollow' (Bowlby, 1960). Dolf kreeg ook Basistherapie aangeboden, aangevuld met elementen uit de Differentiatie Therapie (hoofdstuk 7).

f. *Indeling en inhoud van dit boek*

Twee boeken samenvoegen tot een hernieuwde editie is niet een gemakkelijke taak geweest. Vooral het selecteren wat wel en niet relevant is, was niet eenvoudig. Moest bijvoorbeeld het overzicht over verwaarlozing zoals in een hoofdstuk van de uitgave uit 1999 opgenomen is, nu wel of niet ingevoerd worden. Enerzijds draagt het geven van een overzicht over een gebied zoals verwaarlozing dat door verschillende benamingen nogal verspreid is opgeslagen maar wel belangrijke onderzoeken kent, bij aan kennis die anders mogelijk verloren gaat. Anderzijds wordt over verwaarlozing nauwelijks meer gesproken omdat het begrip gehechtheid op de voorgrond staat. Vandaar de vraag naar de relevantie.

Een oplossing is gevonden door een paragraaf in hoofdstuk 1 te wijden aan de geschiedenis van verwaarlozing wat ook van belang is voor het begrip gehechtheid.

Daarna zal verder in hoofdstuk 1 ingegaan worden op de literatuur over gehechtheid, dit om de drie behandelingsvormen onderbouwing te geven zowel wat betreft de *indeling* die gemaakt is in *hechtingsgestoord* en *relationeel gestoord* als voor de ontwikkelde behandelwijzen .

In hoofdstuk 2 zal het gehechtheidsproces benaderd worden vanuit de neurobiologie en worden de nieuwe inzichten die uit onderzoeken naar voren zijn gekomen op een duidelijke wijze verwoord. Net als in de uitgave van 2006 heeft *Jeannette de Waal* dit hoofdstuk verzorgd en voor deze uitgave uitgebreid.

Deze inzichten voegen veel toe voor het begrijpen van gehechtheidsprocessen.

Dat is nodig om de problemen die zich op het gebied van gehechtheid voordoen, te onderkennen.

Gehechtheidsproblematiek is een terrein waarop nog veel onderzoek nodig is om duidelijk voor ogen te krijgen wanneer gehechtheidsgedrag problematisch genoemd kan worden. In hoofdstuk 3 wordt in de literatuur nagegaan wat daarover via onderzoek bekend is en of de resultaten van dergelijk onderzoek overeenkomen met de in dit boek beschreven problematiek.

De hoofdstukken waarin de drie methoden worden beschreven, de hoofdstukken 4, 6 en 7 zijn theoretisch in zo verre het de weergave is van de behandelingsvormen maar het zijn ook hoofdstukken vanuit de praktijk en voor de praktijk doordat de beschrijving verloopt via een casus. Vooraf aan de bespreking van Fasetherapie zullen in hoofdstuk 5 de kernbegrippen van Fasetherapie worden besproken: Nabijheid en Zelfwaardering. Tenslotte zal in hoofdstuk 8 dissociatie besproken worden omdat deze problematiek ook met gehechtheid te maken heeft en ik bij de behandeling alle drie de hier gepresenteerde methoden gebruik. Aan de hand van een casus zal dat duidelijk gemaakt worden.

Steeds zal een theoretische uitleg geïllustreerd worden door een gedeelte van een proces zo dat een heel proces gevolgd kan worden. Hoofdstuk 4 is het hoofdstuk van de Differentiatietherapie, het laat zien hoe intensief Differentiatietherapie voor een therapeut is en hoe bewust de therapeut aan het werk is. Maar ook wat Differentiatietherapie kan doen voor een ernstig beschadigd kind.

Fasetherapie (hoofdstuk 6) wordt gekenmerkt door inhalen van wat gemist is. Daarbij moet worden opgemerkt dat bij deze behandelvorm, net als bij de andere, **geen dwang** mag worden gebruikt.

Dwang gebruiken in een proces om gehechtheid te bevorderen is contra-indicatief. Nabijheid houdt een zekere intimiteit in (hoofdstuk 4) en dat staat haaks op dwang. Het kind/jongere moet zelf dit proces willen aangaan en beslist mee in wat hij wil tijdens dit proces.

Als kern van de behandeling is het inhalen genoemd, dat is perse **geen regressie**. Om te voorkomen dat er sprake zou kunnen zijn van regressie is gekozen voor een kort tijdsbestek waarin het inhalen vorm krijgt, namelijk tien minuten. Daarbij is de cognitieve factor van belang, elke stap wordt uitgelegd aan het kind en in elke sessie wordt gepraat over wat er gebeurt in de tien minuten thuis. Door het inhalen van wat het kind gemist heeft, worden gevoelens naar boven gehaald. Dat houdt voor het proces in dat het niet afgebroken kan worden. Dat is het risico van Fasetherapie, in hoofdstuk 6 worden ook de mogelijkheden en moeilijkheden bij Fasetherapie besproken en geïllustreerd.

In de voorbeelden die gebruikt zijn bij de behandeling van volwassenen met Basistherapie (hoofdstuk 7) wordt duidelijk hoe divers de problematiek van volwassenen vaak is. Bij volwassenen is vaak sprake van comorbiditeit, dat wil zeggen dat naast de problematische gehechtheid ook andere problemen te constateren zijn. Dat maakt de behandeling complex.

Zowel de Basistherapie als de Fasetherapie worden ook gebruikt bij een Dissociatieve Stoornis, in hoofdstuk 8 wordt dat beschreven en met een voorbeeld geïllustreerd.

Voor het literatuuronderzoek van dit boek is gebruik gemaakt van de bestanden PiCarta, World Cat en Narcis.

In een bijlage wordt de opleidingsroute tot Fasetherapeut en Basistherapeut beschreven en vermeld waar (op het internet) de informatie kan worden gevonden.

De complexiteit van de problematiek en de intensieve methoden maken het volgen van de opleiding noodzakelijk.

g. De resultaten, enkele getallen en een lopend onderzoek.

In de uitgave van 2006 kon ik de resultaten noemen van de eerste 60 behandelingen Differentiatie- en Fasetherapie die ik aan kinderen en jongeren aangeboden heb: 51 behandelingen zijn goed verlopen, dat wil zeggen dat het resultaat aan het doel beantwoordde (zie hoofdstuk 6). De beoordeling van het resultaat is verkregen door observaties gedaan door zowel ouders, therapeut als leerkracht en door evaluatie naar de mate van tevredenheid van zowel ouders als kind of jongere.

Van de overige negen behandelingen zijn er drie afgebroken, twee door het kind geweigerd en twee door ouders geweigerd. Bij twee behandelingen zijn weliswaar gedragsveranderingen geconstateerd maar is het doel van Fasetherapie niet bereikt.

Dit is een resultaat dat tot tevredenheid kan stemmen. Ik moet hierbij vermelden dat al bij de minste twijfel geen Fasetherapie aangeboden wordt; dit met het oog op het risico dat bij Fasetherapie aanwezig is (hoofdstuk 6).

Inmiddels (2015) is het aantal behandelingen fors toegenomen en is het aantal dat goed verlopen is 9 op de 10 behandelingen, dus één behandeling van de tien die zijn aangeboden verloopt niet zoals gewenst.

Een wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van Fasetherapie is door Drs. Mirjam Putman gestart.