

Gehechtheid in psychotherapie

David J. Wallin



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD

Oorspronkelijke titel: *Attachment in Psychotherapy*, New York: The Guilford Press, 2007.

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam
Redactionele adviezen: Jolien Zevalkink (Nederlands Psychoanalytisch Instituut)
Vertaling: Peter Diderich, Oegstgeest
Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam
Omslagontwerp: Studio Jan de Boer, Amsterdam

© 2007, 2010, The Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc.

© Nederlandse vertaling 2010, Uitgeverij Nieuwezijds

ISBN 978 90 5712 302 3

NUR 777

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorwoord

Eén brandende vraag vormde het begin van de zoektocht die uiteindelijk dit boek opleverde: *hoe kunnen mensen door psychotherapie veranderen?*

Deze vraag houdt mij in feite al meer dan drie decennia bezig, ongetwijfeld zowel om persoonlijke als om professionele redenen. Toen ik aan het eind van mijn studie op zoek was naar een onderwerp voor mijn dissertatie, overwoog ik om dit raadsel op te lossen door te kijken naar wat eminente behandelaars daadwerkelijk deden met hun patiënten. Jaren later begreep ik dat mensen die onderzoek naar gehechtheid deden, een soortgelijke aanpak hadden gehanteerd: ze observeerden wat sensitief reagerende ouders in de praktijk met hun kinderen deden.

Omdat ‘wat goede therapeuten doen analoog is aan wat geslaagde ouders met hun kinderen doen’ (Holmes, 2001, p. xi), kunnen studies over relaties die bevorderlijk zijn voor de ontwikkeling van jonge kinderen ons een heleboel leren over het soort therapeutische relaties dat het meest geschikt is om een veranderingsproces op gang te brengen. Evenzo kan gehechtheidsonderzoek naar de gevolgen van misgelopen ontwikkeling een wetenschappelijk gefundeerde grondslag vormen voor inzicht in de psychische misère en de kwetsbare punten die voor onze patiënten eerst en vooral aanleiding zijn om in therapie te gaan.

Maar wat zijn nu precies de klinische implicaties van het wetenschappelijke onderzoek en hoe kunnen die ervoor zorgen dat wij als therapeut doeltreffender werken?

Dat het zo lang heeft geduurd voordat er een antwoord op deze vragen kwam, is deels te wijten aan een historische toevalligheid. Naarmate Bowlby er steeds meer van overtuigd raakte dat de *feitelijke* relaties uit de eerste kinderjaren – en niet de door onze psyche ingegeven fantasieën erover – ons ten diepste vormen, kwam deze man, die de vader van de gehechtheidstheorie zou worden, ook steeds meer overhoop te liggen met zijn psychoanalytische vakgenoten. Vanwege het feit dat hij gehechtheid (en niet de seksuele of agressieve drijfveren) een centrale plaats gaf in de menselijke ontwikkeling, werd hij in feite buitengesloten door het psychoanalytische establishment van zijn

tijd. Het gevolg was dat de gehechtheidstheorie voornamelijk het intellectuele eigendom werd van academische onderzoekers en niet van psychotherapeuten. Dat verklaart het ironische gegeven dat Bowlby zelf het grootste deel van zijn tijd weliswaar besteedde aan het behandelen van patiënten, maar dat zijn theorieën – die in eerste instantie ontwikkeld waren om de effectiviteit van behandelingen te vergroten – getoetst en uitgewerkt werden door onderzoekers die merendeels geen praktiserend behandelaar waren.

Deze wetenschappers onderbouwden hun onderzoek van uiterst intieme menselijke banden met empirische accuratesse, wat geleid heeft tot de schat aan kennis over ouder-kindrelaties, het innerlijke leven en psychische stoornissen, die de gehechtheidstheorie gemaakt heeft tot het dominante paradigma in de hedendaagse ontwikkelingspsychologie. Geen enkel ander op onderzoek gebaseerd kader vertelt ons meer over hoe we worden wie we zijn. Toch moesten therapeuten zich tot voor kort behelpen met het trekken van hun eigen conclusies over de manier waarop deze theorie dient te worden toegepast. De klinische belofte van de gehechtheidstheorie is dus niet ingelost.

Dit boek vormt mijn bijdrage aan de realisatie van deze belofte. Puttend uit de neurobiologie, de cognitiewetenschap, het traumaonderzoek, de boeddhistische psychologie, de gehechtheidstheorie en de relationele psychoanalyse, wil ik duidelijk maken hoe therapeuten in de praktijk gebruik kunnen van de drie belangrijkste bevindingen van gehechtheidsonderzoek. Dat wil zeggen dat ik me vooral richt op de therapeutische relatie als ontwikkelingssmeltkroes, de primaire rol van de non-verbale dimensie en het transformerende effect van reflectie en mindfulness.

Het was de oorspronkelijke opzet, drie jaar geleden, om het schrijfproces snel te voltooien. Ik had vanaf halverwege de jaren negentig onderwijs gegeven over gehechtheid en psychotherapie en ik meende een transcript van die lesstof in niet meer dan zes tot negen maanden om te kunnen werken tot een boek. Maar het omwerkingsproject werd een ontdekkingsproces, dat veel langduriger én lonender was dat ik had kunnen voorzien. Ik hoop dat de hoofdstukken die volgen het resultaat van dat proces zodanig weergeven dat u, als lezer, mijn tijdens deze ontdekkingsstocht opgedane ervaringen zult kunnen delen.

Inhoud

1 Gehechtheid en verandering	1
DEEL I BOWLBY EN DAARNA	9
2 De fundamenteën van de gehechtheidstheorie	11
3 Mary Main	27
4 Fonagy en verder	47
DEEL II GEHECHTHEIDSRELATIES EN DE ONTWIKKELING VAN HET ZELF	65
5 De diverse dimensies van het zelf	67
6 De varianten van gehechtheidservaringen	93
7 Hoe gehechtheidsrelaties vorm geven aan het zelf	109
DEEL III VAN DE GEHECHTHEIDSTHEORIE NAAR DE KLINISCHE PRAKTIJK	125
8 Non-verbale ervaring en het ‘niet-gedachte weten’	127
9 De houding van het zelf tegenover ervaringen	147
10 De klinische dimensie van de gehechtheidstheorie verdiepen	187
DEEL IV GEHECHTHEIDSPATRONEN IN PSYCHOTHERAPIE	213
11 Bouwen aan de ontwikkelingssmeltkroes	215
12 Gereserveerde patiënten	235
13 Gepreoccupeerde patiënten	249
14 Patiënten met een onverwerkt trauma of verlies	271
DEEL V NADERE AANWIJZINGEN VOOR DE KLINISCHE PRAKTIJK	287
15 Het non-verbale domein I	289
16 Het non-verbale domein II	327
17 Mentaliseren en mindfulness	345
Noten	383
Literatuur	391
Index	407
Over de auteur	419

Gehechtheid en verandering

... de rol van de therapeut is vergelijkbaar met die van een moeder die haar kind een veilige basis verschaft vanwaaruit het kind zijn omgeving kan exploreren.

– John Bowlby (1988, p. 140)

In de wereld volgens Bowlby draait ons leven van de wieg tot het graf rond intieme gehechtheidsrelaties. Al wordt onze houding tegenover zulke gehechtheidsrelaties sterk beïnvloed door onze allereerste relaties, we zijn ook plooibaar. Als onze allereerste relaties problematisch waren, dan kunnen latere relaties een tweede kans bieden en ons wellicht in de gelegenheid stellen om lief te hebben, te voelen en te reflecteren met de onbevangenheid die voortvloeit uit veilige gehechtheid. Psychotherapie kan in het beste geval zo'n soort helende relatie verschaffen.

Hoe wij, psychotherapeuten, onze patiënten in de praktijk kunnen helpen om over de door hun voorgeschiedenis opgelegde grenzen heen te groeien, is een vraag waar de gehechtheidstheorie zich niet rechtstreeks op richt. Toch heeft het voortgezette, door Bowlby's oorspronkelijke inzichten geïnspireerde onderzoek een enorme klinische waarde, omdat het ons een steeds helderder kijk biedt op de ontwikkeling van het zelf in een specifiek relationele context.

In een poging tot ordening van dit invloedrijke onderzoek, heb ik geconstateerd dat er drie bevindingen zijn die de meest fundamentele en vruchtbare implicaties lijken te hebben voor psychotherapie: ten eerste dat gezamenlijk gecreëerde *gehechtheidsrelaties* de voornaamste context voor ontwikkeling zijn, ten tweede dat *pre-verbale ervaring* de kern vormt van het zich ontwikkelende zelf, en ten derde dat de *houding van het zelf tegenover zijn ervaringswereld* méér voorspellende waarde heeft met betrekking tot veiligheid van gehechtheid dan de feiten van iemands persoonlijke voorgeschiedenis op zich.

In het uitwerken van de klinische implicaties van deze drie kernconclusies put ik uiteraard uit de gehechtheidsliteratuur. Maar daarnaast boor ik ook andere bronnen aan: niet alleen de intersubjectieve en relationele theorie, maar ook de af ectieve neurowetenschap – die Allan Schore (2004) de 'neurobiologie van gehechtheid' noemt – en de cognitiewetenschap, traumaonderzoeken en verkenningen van het bewustzijn. In dit hoofdstuk ga ik dieper in op de drie kernbevindingen ten aanzien van de centrale rol van gehechtheidsrelaties in de ontwikkeling, de pre-verbale ervaringswereld en het reflectief functioneren. De klinische opbrengst daarvan vindt zijn neerslag in een model van psy-

chotherapie dat draait om de *transformatie van het zelf door middel van een relatie*. Mijn bedoeling is om uitdrukking te geven aan de gerichtheid op emotionele genezing – de klinische filosofie die de vrucht is van mijn bestudering van onderzoeksbevindingen en theorie, en van persoonlijke ervaringen – die de grondslag vormt van alle uiteenlopende benaderingen die ik hanteer om mijn patiënten van dienst te kunnen zijn.

Het voorgestelde model van psychotherapie als transformatie door middel van een relatie, beschrijft een baan die parallel loopt aan het vervolg van het verhaal van de gehechtheidstheorie zelf. Bowlby (1969/1982) begon met het inzicht dat gehechtheid een in evolutionaire noodzaak gewortelde biologische imperatief is: de gehechtheidsrelatie met de opvoeder(s) is cruciaal voor het fysieke en emotionele voortbestaan en de ontwikkeling van het pasgeboren kind. Gezien de noodzaak een gehechtheidsrelatie aan te gaan, móét het kind zich aanpassen aan de opvoeder, waarbij iedere vorm van gedrag die de gehechtheidsband bedreigt defensief wordt afgeweerd. Onderzoek van Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters en Wall, 1978) maakte vervolgens duidelijk dat de kwaliteit van de *non-verbale* communicatie binnen de gehechtheidsrelatie bepalend is voor de veiligheid of onveiligheid van het jonge kind – en, in samenhang daarmee, de manier waarop het zijn of haar eigen gevoelens benadert. Onderzoek van Mary Main (Main, Kaplan en Cassidy, 1985) verhelderde de diverse wijzen waarop deze vroege, biologisch gedicteerde non-verbale interacties bij de zuigeling worden opgeslagen als mentale representaties en regels voor de verwerking van informatie, die op hun beurt invloed hebben op de mate van onbevangenheid waarmee het oudere kind, de adolescent en de volwassene in staat is te denken, voelen, herinneren en handelen. Ten slotte belichtten Main (1991) en Peter Fonagy (Fonagy, Steele en Steele, 1991a) het vitale belang van de houding van het zelf ten opzichte van de eigen ervaringwereld. Ze lieten zien dat veilige gehechtheid, veerkracht en het vermogen veilig gehechte kinderen groot te brengen, allemaal in verband staan met het vermogen van het individu om een reflectieve houding in te nemen tegenover zijn innerlijke ervaring. Van Bowlby tot Ainsworth, Main en Fonagy, heeft het verhaal van de gehechtheidstheorie zich dus uitgerold door successievelijk de aandacht te richten op intieme banden, het non-verbale domein en de relatie van het zelf met de ervaring.

Dezelfde drie thema's zijn het verbindende element van het model van therapie als transformatie door middel van een relatie. De gehechtheidsrelatie van de patiënt met de therapeut is fundamenteel en primair in dit model. Het verschaft de veilige basis die de onontbeerlijke voorwaarde is voor exploratie, ontwikkeling en verandering. Dit besef van een veilige basis ontstaat als de emotioneel op de patiënt afgestemde therapeut haar of hem daadwerkelijk weet te helpen bij het verdragen, moduleren en communiceren van problematische gevoelens. Dankzij de ervaren veiligheid die door zulke affectregulerende interacties wordt gegenereerd, kan de therapeutische relatie een kader

bieden om toegang te krijgen tot ontkende of gedissocieerde ervaringen in de psyche van de patiënt, die niet verwoord zijn, of misschien niet verwoord kunnen worden. De relatie is ook een kader waarbinnen de therapeut en de patiënt kunnen proberen deze ervaringen te doorgronden, nadat ze er eerst ruimte voor hebben gemaakt. Het benaderen en uitspreken van gedissocieerde en niet-verwoorde gevoelens, gedachten en impulsen, en het reflecteren daarop, versterkt de 'narratieve competentie' (Holmes, 1996) van de patiënt en draagt ertoe bij dat de houding van de patiënt tegenover zijn innerlijke ervaring opschuift in een meer reflectieve richting. In het algemeen vormt het relationele/emotionele/reflectieve proces de kern van een gehechtheidsgerichte therapie en faciliteert het de integratie van geloofschende ervaringen, waardoor bij de patiënt een meer coherent en veiliger zelfgevoel wordt bevorderd.

Transformerende relaties

Zoals de oorspronkelijke gehechtheidsrelatie(s) het kind de gelegenheid gaf (of gaven) om zich te ontwikkelen, zo is het uiteindelijk ook de *nieuwe* gehechtheidsrelatie met de therapeut die de patiënt de gelegenheid geeft te veranderen. Om Bowlby (1988) te parafraseren: een dergelijke relatie zorgt voor een veilige basis, die patiënten in staat stelt te voelen wat ze eigenlijk niet horen te voelen en te weten wat ze eigenlijk niet horen te weten. In deze is de rol van de therapeut om patiënten zowel te helpen met het afbouwen van gehechtheidspatronen uit het verleden als met het opbouwen van nieuwe patronen in het heden. Eerder kwam al naar voren dat de patronen in onze eerste gehechtheidsrelaties naderhand niet alleen tot uitdrukking komen in de manier waarop we omgaan met anderen, maar ook in onze gebruikelijke manier van voelen en denken. Zodoende kan de relatie van de patiënt met de therapeut in potentie nieuwe patronen van affectregulatie en denken genereren en tevens nieuwe patronen van gehechtheid opleveren. Anders gezegd: de therapeutische relatie is een ontwikkelingssmeltkroes, waarin de verhouding van de patiënt tot zijn eigen beleving van de interne en externe werkelijkheid fundamenteel kan worden getransformeerd.

Het niet-gedachte weten

Gegeven de prelinguale wortels van de oorspronkelijke gehechtheidspatronen van de patiënt en de ontkenningen en dissociaties die deze patronen waarschijnlijk hebben vereist, moet de therapeut zich instellen op de non-verbale expressie van ervaringen waarvoor de patiënt vooralsnog geen woorden heeft. Dat wil zeggen dat de therapeut een manier moet vinden om in contact te

komen met wat Christopher Bollas (1987) het ‘niet-gedachte weten’ (*unthought known*) van de patiënt noemde. Om vat te krijgen op de nog niet verwoorde (of nog niet denkbare) onderliggende tekst van het therapeutische gesprek, moet de behandelaar beschikken over een ‘binoculair gezichtsvermogen’, zoals het door diverse auteurs (Bateson, 1979; Bion, 1959) wordt genoemd, en waarmee zowel de subjectieve ervaringswereld van de patiënt als van de therapeut in het oog wordt gehouden. Daarbij gaat men ervan uit dat de patiënt die zijn eigen gedissocieerde of geloochende ervaringen niet kan (of niet wil) uitspreken, deze in anderen zal oproepen, ze zal manifesteren in *enactments* met anderen, of ze zal *belichamen*. De klinische implicatie is dat de therapeut specifiek aandacht moet schenken aan zijn eigen subjectieve beleving, aan de enactments die door patiënt en therapeut in de overdracht-tegenoverdracht gezamenlijk worden gecreëerd en aan de non-verbale taal van emotie en lichaam, omdat dit allemaal wegen zijn tot het benaderen en uiteindelijk integreren van wat de patiënt voorheen alleen maar kon ontkennen of verwerpen.

De houding tegenover innerlijke ervaring: representatie, reflectie en mindfulness

Naast het accent op de centrale rol van relationele en non-verbale ervaringen wordt in gehechtheidsonderzoek ook het cruciale belang van reflectief functioneren en metacognitie onderstreept. Meer in het algemeen blijkt uit dit onderzoek de beslissende invloed van de houding van het zelf tegenover zijn eigen ervaringswereld.

Veilige gehechtheid hangt duidelijk samen met een reflectieve houding ten opzichte van de innerlijke ervaring. Volgens Main (1991) berust deze houding op het metacognitieve vermogen om het ‘*louter* representatieve karakter’ van onze eigen overtuigingen en gevoelens te herkennen (p. 128). Met een dergelijke houding kunnen we een stap terug doen uit de onmiddellijke ‘werkelijkheid’ van onze beleving en kunnen we reageren in het licht van de mentale toestanden (*mental states*) die eraan ten grondslag zouden kunnen liggen – om Fonagy’s term te gebruiken, kunnen we dan ‘mentaliseren’. Met een grotere vrijheid om te mentaliseren, is er minder kans dat we onontkoombaar op sleeptouw worden genomen door emotionele reflexen die in de loop van onze allereerste relaties zijn vastgelegd. Zoals blijkt uit onderzoek met Mains Adult Attachment Interview (AAI), ofwel het Gehechtheidsbiografisch Interview (GBI), is deze reflectieve houding tegenover de eigen ervaringswereld totaal anders dan de houding die wordt aangetroffen bij onveilig gehechte individuen, die de invloed van hun innerlijke ervaringen doorgaans trachten te minimaliseren (in de gereserveerde mentale gesteldheid of ‘state of mind’), of erdoor worden overspoeld (in de gepreoccupeerde mentale gesteldheid). Naarmate we beter in staat zijn een reflectieve houding te mobiliseren, zullen

we in de regel des te weerbaarder zijn en des te beter in staat om veilig gehechte kinderen groot te brengen.

Hetzelfde geldt voor het 'grootbrengen' van veilig gehechte patiënten, want ook dan moeten we in onszelf dit vermogen tot diepgaande psychische reflectie cultiveren. En natuurlijk moeten we dit vermogen ook cultiveren bij hen die naar ons toe komen voor hulp. Voor ons, therapeuten, zijn onze inspanningen om het vermogen tot mentaliseren van onze patiënten te bevorderen, of vrij te maken, een essentieel onderdeel van de hulp die we bieden. Als we het voor onze patiënten mogelijk maken om te mentaliseren, versterken we hun vermogen om hun affecten te reguleren, om ervaringen die gedissocieerd zijn te integreren en een steviger, coherent zelfgevoel te ervaren.

Verdergaand dan het vermogen tot een reflectieve houding bestaat er mijns inziens de mogelijkheid van een houding ten opzichte van de interne en externe ervaringswereld die in zekere zin 'dieper' en nauwer verbonden is met het subjectieve centrum van onszelf. Ik denk hierbij aan een houding die gepaard gaat met een welbewuste niet-oordelende aandacht voor onze beleving in het actuele moment – dat wil zeggen een houding van *mindfulness* (Germer, Siegel en Fulton, 2005; Kabat-Zinn, 2005). Hoewel *mindfulness* geen deel uitmaakt van het gehechtheidsvocabulaire, lijkt dit begrip uit de boeddhistische psychologie een natuurlijk uitvloeisel van gehechtheidstheorieën en -onderzoek. Phillip Shaver, mederedacteur van het *Handbook of Attachment*, vertelde me dat hij onlangs, bij het voorbereiden van een wetenschappelijke presentatie voor de dalai lama, de gelegenheid had een tiental boeken over het boeddhisme te lezen. Tot zijn verrassing merkte hij dat de psychologie die hij daarin aantrof niet alleen strookte met, maar in veel opzichten vrijwel identiek was aan de psychologie van de gehechtheidstheorie (Shaver, persoonlijke mededeling, 2005).

Ter verduidelijking van wat met een houding van *mindfulness* wordt bedoeld: stel je vier concentrische cirkels voor. Elke ring vertegenwoordigt een element dat bijdraagt aan de momentane ervaring een 'mindful' zelf te zijn.

De buitenste cirkel staat voor de externe werkelijkheid. De wereld van de externe werkelijkheid omvat niet alleen de gebeurtenissen die ons overkomen en de situaties die we mede creëren, maar ook – en dat is misschien het belangrijkste – de mensen met wie we te maken hebben.

Gaan we verder naar binnen, dan is er een tweede cirkel, die staat voor de representatieve wereld, dat wil zeggen de mentale modellen van voorafgaande ervaringen, die ons bevrijden van de noodzaak om ieder moment opnieuw het wiel uit te moeten vinden. Deze representatieve modellen geven ons richting, bepalen onze interpretaties van verleden en heden en vormen onze verwachtingen voor de toekomst.

Binnen de tweede cirkel bevindt zich een derde cirkel, die staat voor dat deel van onszelf dat in staat is tot een reflectieve houding ten opzichte van ervaring – kortweg, het 'reflectieve zelf'. Hier worden onze representaties, in-

clusief onze interne werkmodellen, geacht onze beleving van de externe werkelijkheid te mediëren en te filteren. We stellen de subjectieve wereld van representaties niet gelijk aan de objectieve wereld van de externe werkelijkheid, en evenmin ontkennen we de invloed van de externe werkelijkheid op onze subjectieve ervaringswereld. Met een dergelijke houding kunnen we bewust en onbewust reflecteren over de betekenis van alles wat we ervaren, in plaats van deze ervaringswereld kritiekloos te accepteren. Dit levert ons een significante mate van innerlijke vrijheid op.

De gehechtheidstheorie houdt zich vooral expliciet bezig met de elementen waarvoor deze eerste drie cirkels staan: de externe werkelijkheid, de representatieve wereld en het reflectieve zelf. Volgens mij is er binnen het ontvouwende verhaal van de gehechtheidstheorie echter ook een baan die als een pijl naar een vierde cirkel binnen de andere drie wijst. Deze vierde cirkel vertegenwoordigt wat ik het ‘mindful’ zelf noem.

Ietwat cryptisch geformuleerd, is dit zelf het antwoord op de vraag: wie (of wat) reflecteert nu eigenlijk op onze ervaringen? Want als een reflectieve houding metacognitie – denken over het denken – impliceert, dan ligt het mijns inziens voor de hand om te vragen *wie het is die de gedachten over het denken denkt*. Je zou kunnen proberen, net als ik heb gedaan, je ogen te sluiten en deze vraag te stellen aan jezelf. Mijn eigen (op ervaring gebaseerde) antwoord op deze vraag kwam voor mij als een verrassing. Het luidde: *niemand*. Dit ongrijpbare inzicht, dat precies klopt met een fundamenteel leerstuk van de boeddhistische psychologie, weerspiegelt de paradox dat het ‘mindful’ zelf tegelijkertijd een solide zelf en helemaal geen (persoonlijk) zelf kan zijn, maar louter bewustheid (zie Goldstein en Kornfeld, 1987; Kornfeld, 1993; Engler, 2003).

Jeremy Holmes (1996), die welsprekend over gehechtheid schrijft, roert dezelfde paradox aan wanneer hij het boeddhistische begrip ‘niet-gehechtheid’ leent om een ‘equidistante positie’ te beschrijven, die zowel de diepte én de breedte van de ervaringswereld van het zelf omvat, als ook het feit dat het zelf ‘uiteindelijk een functie’ is (p. 30).

Deze mindfulness kunnen we nog vanuit een andere invalshoek bezien: terwijl de reflectieve houding tegenover onze ervaring metacognitie impliceert, brengt een houding van mindfulness *metabewustzijn* met zich mee, dat wil zeggen bewustzijn van het eigen bewustzijn. Anders gezegd, het zelf dat *reflecteert* over de ervaring richt de aandacht op de inhoud van die ervaring, terwijl het zelf dat *mindful* is de aandacht richt op het proces van het ervaren. Deze ‘mindful’ aandacht belicht het proces waardoor het ervaren tot stand komt (Engler, 2003).

Fonagy zinspeelt op onderzoek waaruit blijkt dat het klinische potentieel van mindfulnessmeditatie een waardevolle toevoeging vormt aan psychotherapie. Hij merkt op dat ‘wat wij “mentaliseren” zouden noemen, rechtstreeks wordt bevorderd door de beoefening van meditatie’ (Allen en Fonagy, 2002,

p. 35). Fonagy's opmerking is beslist ter zake. Toch behelst mindfulness meer dan formele meditatie. En ook ondersteunt meditatie meer dan het vermogen tot mentaliseren.

Geregelde beoefening van mindfulness lijkt dezelfde heilzame effecten – lichamelijke en affectieve zelfregulatie, communicatie met anderen die afgestemd is op hun gemoedstoestand, naast inzicht, empathie en dergelijke – te bevorderen als die op grond van onderzoek samenhangen met een voorgeschiedenis van veilige gehechtheid op jeugdige leeftijd (Siegel, 2005, 2006). Hoewel er andere verklaringen kunnen zijn voor deze parallele uitkomsten, zou ik willen opperen dat ze voortvloeien uit het feit dat zowel mindfulness als veilige gehechtheid het vermogen hebben om – zij het langs geheel verschillende wegen – dezelfde waardevolle psychologische hulpbron te genereren, namelijk een *geïnternaliseerde* veilige basis.

Veilige gehechtheidsrelaties in de kindertijd en in psychotherapie dragen bij aan de ontwikkeling van deze geruststellende interne aanwezigheid, doordat ze ons de ervaring verschaffen dat we erkend, begrepen en gekoesterd worden – ervaringen die vervolgens kunnen worden geïnternaliseerd. Beoefening van mindfulness kan in potentie zorgen voor de ontwikkeling van een vergelijkbare geruststellende interne aanwezigheid, doordat ze ons (incidentele of aanhoudende) ervaringen biedt van het zelfloze – of universele – zelf, dat louter bewustzijn is. Zulke ervaringen worden veelal gekenmerkt door intense gevoelens van veiligheid, acceptatie en verbondenheid – evenzeer in relatie tot anderen als tot onszelf (Linda Graham, persoonlijke mededeling, 2006).

Voor ons, therapeuten, kan ons eigen vermogen tot mindfulness cruciaal zijn bij onze pogingen onze patiënten te helpen. Allereerst, en mogelijk het meest relevant, bevordert een door mindfulness gekenmerkte houding de ervaring dat je standvastig aanwezig bent in het actuele moment. De Britse psychoanalyticus Wilfrid Bion (1970) geeft deze toestand van open aanwezigheid even goed weer als de eerste de beste boeddhistische filosoof, wanneer hij de loftrumpet steekt over de voordelen die het heeft om de patiënt te benaderen 'zonder herinneringen, verlangens of begrip' (pp. 51-52). Aldus geworteld in het hier en nu – eerder dan in het herinnerde verleden, de gewenste toekomst of de theoretische abstracties – zijn we minder kwetsbaar voor onze eigen neiging tot gereserveerd of gepreoccupeerd gedrag. Een houding van mindfulness geeft ons de gelegenheid om vollediger en ontvankelijker aanwezig te zijn, in staat om – net als de 'goed genoeg' afgestemde ouder – te reageren op de vereisten van het moment, zoals die zich aandienen in onze interactie met de patiënt. Ten tweede bevordert een houding van mindfulness en gerichtheid op het heden de ervaring aanwezig te zijn in en ons bewust te zijn van ons lichaam. De resulterende afstemming op onze eigen somatische reacties versterkt de signalen die het mogelijk maken ons af te stemmen op de non-verbale uitdrukkingen van de innerlijke toestand van de patiënt. Op deze manier kan mindfulness zowel accurate empathie versterken als ook ons

vermogen een verbinding of brug te slaan met de onuitgesproken en wellicht gedissocieerde ervaringen van de patiënt. Ten derde bevordert mindfulness (als veilige innerlijke gesteldheid met betrekking tot gehechtheid) een houding van acceptatie – een niet-defensieve openheid en ontvankelijkheid voor de ervaring *zoals die is*, die ons kan helpen ruimte te maken voor het volledige spectrum van de gevoelens, gedachten en verlangens van de patiënt. Op deze manier kan mindfulness van de kant van de therapeut een relatie met de patiënt faciliteren die bevorderlijk is voor het proces van integratie.

Een dergelijke integratie hoeft niet alleen een primair doel van psychotherapie te zijn, maar kan ook (zoals we al eerder hebben aangevoerd) een gevolg zijn van zowel veilige gehechtheid als van het uitoefenen van mindful bewustzijn. Als onderdeel van wat een therapeutische relatie een veranderende of transformerende relatie maakt, kan de mindful houding van de therapeut een ‘aanstekelijk’ karakter hebben. Het prikkelen van de ervaring van mindfulness bij de patiënt zelf helpt net zoveel om diens mentaliserende vaardigheden te stimuleren als de uitingen vanuit de reflectieve houding van de therapeut. Voor sommige patiënten kan het daarnaast nuttig zijn als de therapeut de formele beoefening van meditatie stimuleert.

Gezien vanuit de theorie en het onderzoek met betrekking tot gehechtheid hoop ik duidelijk gemaakt te hebben dat de helende kracht van psychotherapie voornamelijk voortvloeit uit de therapeutische interactie. De nieuwe gehechtheidsrelatie van de patiënt met de therapeut kan in potentie als ontwikkelingsmeltkroes fungeren. In de volgende hoofdstukken ga ik dieper in op de drie centrale thema's – de relatie, de non-verbale dimensie en de houding van het zelf tegenover innerlijke ervaring – die richtinggevend zijn voor mijn werk met iedere patiënt. De hoofdstukken in Deel I geven een samenvatting van het verhaal van de gehechtheidstheorie en het -onderzoek, waarmee tegelijkertijd het conceptuele fundament voor het boek wordt gelegd. Deel II behandelt de invloed van gehechtheidsrelaties op het zich ontwikkelende zelf. Deel III slaat de eerste bruggen tussen de gehechtheidstheorie en de psychotherapeutische praktijk. Deel IV verduidelijkt de klinische implicaties die volgen uit het identificeren van de dominante patronen van gehechtheid bij een patiënt. Deel V biedt een nadere uitwerking van de aard van het therapeutische werk in het non-verbale domein en van de mogelijkheden die we zelf hebben om een meer door reflectie en mindfulness gekenmerkte houding te cultiveren en die ook over te brengen op onze patiënten.