



KERN v.z.w.

centrum voor psychotherapie en relatievorming

Pesso-therapie, ontbrekende schakel in een toekomstgerichte aanpak van hechtingsproblematieken?

Over de rol van lichaamsgerichte psychotherapie
in hechtingsproblematieken bij volwassenen.

Annelies Van Overbeke

Personalia: Annelies Van Overbeke is klinisch psychologe, opleiding Pesso-psychotherapie, zelfstandige praktijk te Sint-Martens-Latem, Sint-Niklaas.

Opzet

Deze paper beoogt geen exhaustieve literatuurstudie van mogelijke hechtingstheorieën en paradigma. Wel is het onze betrachtting een brug te slaan tussen hechtingstheorie enerzijds en Pesso-therapie anderzijds. Hoewel bestaande literatuur aandacht geeft aan hechtingsproblemen bij volwassenen blijft deze vaak steken in verbale therapievormen.

De noodzaak aan een meer lichaamsgerichte component wordt geminimaliseerd. Mijns inziens verwoorden cliënten dit probleem in de praktijk wel eens als “Ik weet het nu wel allemaal, maar er verandert niks...”. Met andere woorden, bestaande therapievormen zijn effectief in het aanreiken van inzichten maar er blijven betekenisvolle lacunes. Die leemte kan op een verrijkende manier opgevuld worden door de hechtingsproblematiek te plaatsen binnen een Pesso-therapeutisch perspectief.

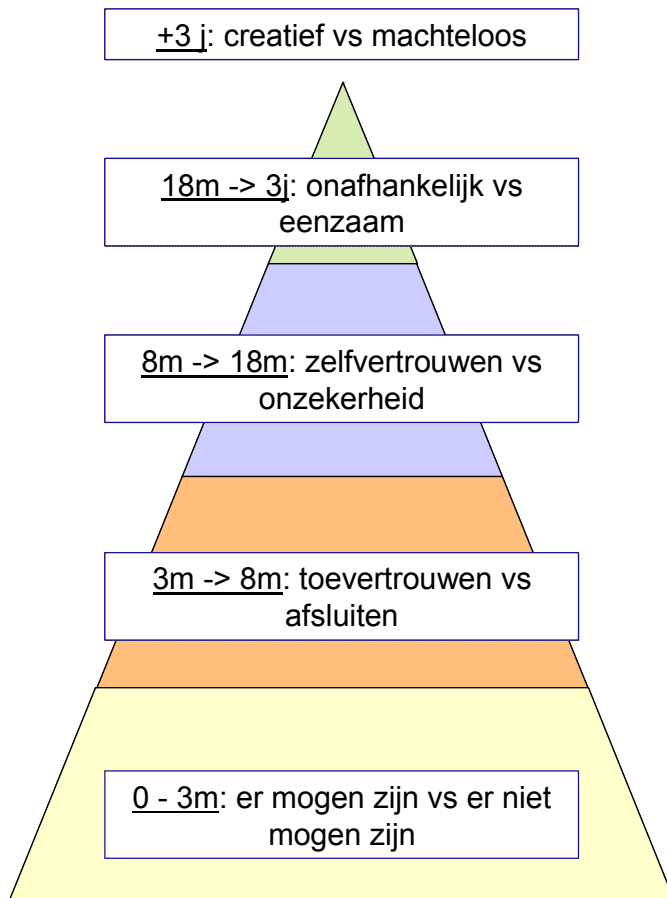
Deel 1: Van hechtingstheorie naar Pesso-praktijk

1.1. “Hechting”

Over de basisbetekenis van het begrip “hechting” heerst er in de literatuur vrij grote eenduidigheid. Met hechting bedoelen auteurs de duurzame, liefdevolle, wederzijdse band tussen een kind en zijn ouders, eventueel verzorgers. Een goede en veilige hechting betekent dat een kind zich naar de ouders wendt voor hulp, geborgenheid en verzorging. Belangrijk hierbij is dat alleen de fysieke nabijheid van een ouder een kind kan geruiststellen. Hierdoor krijgt het kind het nodige vertrouwen om zijn omgeving te gaan onderzoeken. Door middel van deze verkenningen ontwikkelt zich een gevoel van beheersing en competentie. Terwijl altijd de mogelijkheid bestaat naar de veiligheid en geborgenheid van de ouders terug te keren wanneer de spanning te hoog oploopt.

1.2. De hechtingspiramide

In de naoorlogse periode is er onder meer door Spitz, Bowlby en hun opvolgers baanbrekend onderzoek verricht met betrekking tot het hechtingsproces. We komen immers niet als 'gehechte babies' op de wereld. De opbouw van een gehechtheidsrelatie gebeurt geleidelijk en doorheen de eerste kinderjaren. Truus Bakker-van Zeil onderscheidt hierbij 5 stadia in de zogenaamde hechtingspiramide;



0-3 maanden

Tijdens de eerste 3 maanden lijkt een baby niet gericht op 1 bepaalde persoon. Het kind is niet kieskeurig wat betreft gevoed, getroost of ververst worden. Hij of zij is echter wel eerder persoonsgericht en niet zozeer object gericht. Wanneer een baby keer op keer kan ervaren dat zijn behoeften worden bevredigd in interactie met een verzorger kan een basisgevoel van veiligheid ontstaan, een gevoel van er te mogen zijn.

3-8 maanden:

Via geur, stem en gezichtsvermogen ontwikkelt baby een voorkeur voor één bepaalde verzorger, meestal de moeder. Nu de baby sommige mensen van andere begint te

onderscheiden ontstaat de mogelijkheid om zich te beginnen hechten. Bowlby hanteert hiervoor het begrip ‘attachment in the making’. Anders gezegd, een soort hechting in aanbouw die gekenmerkt wordt door éénkennigheid of achtmaandse vreemdenangst.

8-18 maanden:

Vanaf 8 maanden vertoont het kind actief hechtingsgedrag. Het wil liefst bij één bepaalde persoon zijn. Scheiding van die persoon heeft scheidingsangst tot gevolg. Naar het einde van deze fase ontwikkelt zich object- en persoonspermanentie. Via alle voorgaande zintuiglijke waarnemingen heeft het kind zich een mentaal beeld gevormd van zijn verzorger. Ook als die er niet is, kunnen kinderen dit beeld oproepen. Wanneer een kind in vorige fasen positieve ervaringen heeft opgedaan zal het zich bij moeder veilig voelen en zich als het ware aan haar “toevertrouwen”. Het kind begint te kruipen, te lopen en zijn wereld te ontdekken.

18 maanden-3jaar:

Van afhankelijkheid, via aanhankelijkheid, naar zelfstandigheid, aldus omschrijft Kohnstamm deze periode. Hechting vanuit zekerheid en veiligheid helpt bij het bevorderen van zelfstandigheid.

Vanaf 3 jaar heeft het kind een aantal elementen ontwikkeld die zijn verdere hechtingsgedrag gaan bepalen. Het kan zich inleven in emoties, plannen en ideeën van de ouder. Tevens heeft het kind ervaringen opgedaan rond scheidingen en terugkomsten. Door het verworven taalbegrip kan het gegeven boodschappen hieromtrent goed opnemen en zijn eigen behoeften verwoorden. Er is verworven vertrouwen in eigen mogelijkheden en in omgang met anderen, om scheidingen aan te kunnen. Nu kan ook met anderen hechtingen aangegaan worden. Vanaf dan spreken we van partnerschap in de hechting.

1.3. Verschillende vormen van hechting:

Psychisch evenwicht berust op het aangaan en onderhouden van affectieve banden. Verstoorde hechting met belangrijke zorgdragers of ingrijpende ervaringen van scheiding of verlies kunnen leiden tot angst- en/of depressieverschijnselen (W. Vandereycken, R. Van Deth).

Wat de kwaliteit van hechting betreft, onderscheiden we 4 hechtingstypen: (N. Nicolai en R. Hoksbergen):

- veilig gehecht
- vermijgend
- tegenstribbelend – ambivalent
- gedesorganiseerd / gedesoriënteerd

Bowlby onderscheidt 2 invloeden op de kwaliteit van de hechting, twee omgevingsfactoren die een fundamentele invloed uitoefenen op het hechtingsproces:

- 1) dood of separatie van de belangrijkste zorgdrager
- 2) emotionele houding van deze zorgdrager bij omgang met het kind.

Ouders die relatief adequaat en sensitief op het gedrag van hun kinderen ingaan hebben veilig gehechte kinderen. Ouders die inconsistent zijn, vooral wanneer ze rollen omdraaien of relationeel ‘overvoeden’ creëren ambivalente kinderen. Zij die juist het hechtingsgedrag van hun kinderen afwijzen krijgen dan weer vermijdende kinderen. Wanneer ouders tegelijkertijd bron van angst én bron van veiligheid zijn zal het kind gevangen zitten tussen de behoefte aan toenadering en vermindering. Kinderen reageren op deze situatie met gedesorïenteerd en gedesorganiseerd gedrag. Typische voorbeeld hiervan zijn: schommelen, in trance lijken, op schoot zitten zonder de ouder aan te raken etc...

1.4. De rol van lichamelijke in de opbouw van een gehechtheidsrelatie

De emotionele houding van de zorgdrager in de relatie met het kind impliceert 4 zaken (Bowlby, 1983)

- Vooreerst het plezier dat moeder en kind aan elkaar beleven.
- Ten tweede het vermogen van de zorgdrager de signalen van het kind snel en zonder te veranderen waar te nemen. Met andere woorden, het in staat zijn snel en doeltreffend te reageren op signalen.
- Als derde element vermeldt Bowlby dat er ook iets te onderzoeken moet vallen als het kind zijn omgeving begint te exploreren; op die manier kan het kind de consequenties van zijn acties gaat ondervinden (Hoksbergen, 2000).
- Een laatste essentieel en onmisbaar aspect is het lichamen contact tussen moeder en kind, het teder knuffelen en aanhalen van het kind en vooral het troosten en sussen als het kind niet goed in zijn vel zit.

We kunnen voorop stellen dat “Kwaliteit van hechting” en “lichamelijkheid” onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Volgens Jongsma-Thieleman (2000) is het voor gezonde ontwikkeling noodzakelijk dat een kind zich kan vastgrijpen; zich letterlijk lichamen kan hechten aan moederende ouders. Alleen als deze letterlijke hechting aanwezig is, krijgt het kind in figuurlijke zin greep op de wereld. Kortom, iedere baby hecht zich, enkel de kwaliteit van hechting verschilt.

1.5. Pesso-therapie

Hoe slaan we nu de brug van hechting naar Pesso-therapie? Pesso-psychotherapie is een lichaamsgeoriënteerde, individuele psychotherapie die plaatsvindt in groepsverband. Ontwikkelingspsychologische en psychoanalytische theorieën vormen samen met een cliëntgerichte attitude het fundament van de Pesso-therapie. Aansluitend wordt gebruik gemaakt van technieken gebaseerd op kennis van emoties, lichamen ontwikkeling en functioneren van het geheugen (L. Perquin & P. Rehwinkel).

Pesso-psychotherapie gaat er van uit dat een mens geboren wordt met een aantal basisbehoeften. Basisbehoeften vragen om bevrediging in relatie met de buitenwereld, in

interactie met betekenisvolle derden. Volgens Van Haver (1990): “...vanaf het ogenblik dat er een afzonderlijke identiteit ontstaat, ontstaan er behoeften die gericht zijn naar buiten toe: het ‘ik’ heeft behoeften die gericht zijn op een ‘niet-ik’...”

Indien op iedere behoefte door de juiste persoon, de juiste reactie gegeven wordt kan een mens zich ten volle ontwikkelen. Bijgevolg kan de potentie die al van bij (of zelfs van voor) de geboorte aanwezig was ten volle benut worden. Dit noemen we het proces van zelfrealisatie en individuatie. Hiermee bedoelen we; we worden wie we ‘echt’ zijn. Uitingen hiervan zijn dat we plezier en verbondenheid ervaren, alsook hoop en zingeving beleven.

In de eerste maanden -vooraleer er taalacquisitie is en voor het kind kan symboliseren - vindt deze behoeftebevrediging plaats op lichamelijk niveau. We denken dan aan: een plaats krijgen, gevoed worden (reëel, emotioneel en intellectueel), steun ontvangen, beschermd en begrensd worden... Deze behoeften, alsook emoties die hiermee gepaard gaan, moeten we keer op keer lijfelijk ervaren vooraleer we ze op psychisch niveau kunnen voelen en vervolgens in een talige vorm gieten.

Onze omgeving is echter niet ideaal, en iedereen past zich in mindere of meerdere mate aan zijn omgeving aan. Wanneer ons ‘echte zelf’ door deze aanpassing te veel in verdrukking komt zullen we daar gevolg van ondervinden, en gevoelens van vervreemding, pijn, wanhoop, frustratie, en zinloosheid kunnen de kop op steken.

Het spreekt voor zich dat mensen die één of meerdere breuken opgelopen hebben in het hechtingsproces zich aan hun omgeving zullen aanpassen, en dit vanaf zeer jonge leeftijd. Pesso gaat ervan uit dat deze vroege ontwikkelingskortingen en traumata zich niet alleen als mentale, maar ook als lichamelijke ervaringen in het heden manifesteren. Het lichaam kan op een eigen manier symboliseren en informatie opslaan. Psychische belemmeringen vallen samen met lichamelijke. Daarom verbindt Pesso-therapie de verbale dialoog met non-verbale ervaringen (L. Perquin & P. Rehwinkel).

1.6. Pesso-psychotherapie en herstel van hechting

Een hechtingsachterstand opgelopen in de gevoelige eerste 3 jaar kan (deels) ingehaald worden, zowel bij kinderen als bij volwassenen.

“In contact met de ander zit het heilzame ingrediënt van psychotherapie. Wat je opgelopen hebt aan kwetsuren in contact met anderen, kan ook in contact met anderen weer goed gemaakt worden” (Van Attekum, 1997).

Bij kinderen is Holding therapie effectief gebleken.

Bij volwassenen die hechtingsbreuken opgelopen hebben en die als kind geen hulp kregen kan pesso-therapie een nieuwe toekomst bieden.

Deel 2: Pesso-praktijk: herstel van hechting

In deel 2 lichten we enkele belangrijke concepten en technieken uit het Pesso-werk met hechtingsproblemen toe.

2.1. Aanmeldingsklachten

Welke zijn de meest voorkomende consequenties van hechtingsproblemen bij volwassenen?

- Zich eenzaam, geïsoleerd voelen, gemis aan verbondenheid.
- Geen hulp kunnen vragen, noch aanvaarden.
- Geen vriendschappen kunnen aangaan of in stand houden.
- Omnipotentie, almachtsgevoelens
- Geen lichamelijke of emotionele reactie op de omgeving, geen contact met eigen lichaam. (dissociatie)
- Verstoorde lichaamsbeleving.
- Angstsyndromen.
- Woede: angst voor eigen woede, blijven steken in woede.
- Emotioneel overreageren als reactie op het nooit erkend zijn in eigen gevoelens. “Als ik harder roep zullen ze me misschien wel ooit eens au serieux nemen” met het omgekeerde resultaat.
- Voor anderen zorgen (parentificatie).
- Alleen negatieve dingen komen binnen, positieve ervaringen worden niet opgenomen.
- Counterfobisch gedrag: opzoeken van gevaar en uitlokken van agressie.
- Te grote openheid
- Problemen betreffende grenzen, zowel begrensd worden als eigen grenzen niet kennen.
- somatisatie

2.2. De levensgeschiedenis

Een nuttig instrument bij het werken met cliënten in het algemeen en bij hechtingsgestoorde cliënten in het bijzonder is “Punten van houvast bij het schrijven van een levensgeschiedenis” van Perquin, Jongsma en van Attekum (Pesso-bulletin, jaargang 14/1, mei 1998, p. 53-55).

Om accurate werkhypothesen te formuleren is het van belang om juiste en gedetailleerde informatie te krijgen over de omstandigheden waarin een cliënt in zijn eerste levensjaren opgroeide.

Was er in de eerste maanden/jaren:

- te veel wisseling van vaste verzorger
- één of meerdere ziekenhuisopnames
- prematuriteit of couveuse
- snel de geboorte van een broertje of zusje
- adoptie of pleegzorg
- verlieservaring, door bv. dood of zelfmoord van de vaste verzorger of een belangrijk persoon in de omgeving
- fysiek of emotioneel afwezige ouders. Wanneer ouders door eigen geschiedenis of door omstandigheden niet in de mogelijkheid zijn om behoeften van hun kinderen te bevredigen.

2.3. Belang van de therapeutische relatie

Cliënten die één of meerdere breuken hebben opgelopen in het hechtingsproces en daar nu in hun alledaagse leven nog consequenties van dragen zullen zich ook aan de therapeut niet hechten. Hun defensiemechanismen geven hun vaak de boodschap “hecht je niet te veel”, “wordt niet te afhankelijk van 1 persoon” of “zorg dat je het alleen kan”, “zorg ervoor dat je niemand nodig hebt”. Zo kunnen we soms in psychotherapeutische centra vaststellen, dat cliënten als het ware zijn blijven steken in de eerste fase van de hechtingspiramide. Het lijkt om het even welke therapeut met hen werkt, als er maar een therapeut is. De therapeut lijkt inwisselbaar, zoals de verzorger in fase 1 van de hechtingspiramide, en een echte therapeutische relatie wordt niet opgebouwd.

Alhoewel er minder nadruk ligt op de relatie cliënt – therapeut, wat een voordeel kan bieden voor cliënten met een hechtingsproblematiek, lijkt het van cruciaal belang dat er zeker bij deze mensen voldoende aandacht gaat naar de informatie die deze therapeutische relatie bevat.

In de veilige sfeer van de groep biedt de therapeut een acceptierend klimaat, waarin de motivatie van de cliënt centraal staat. Cliënten krijgen ruimte om hun mogelijkheden te verkennen, dit noemen we **possibility sphere** (Pesso & Perquin, 1996). Wanneer de therapeut cliënten met hechtingsproblemen uitnodigt te vertellen wat hun op dat moment bezighoudt, komt er vaak een verhaal-zonder-lading. Iets bedacht, waar ze ‘het nu willen over hebben’. Dit wordt vaak geformuleerd als ‘ik heb beslist om vandaag hieraan te werken’. In structure-groepen merken we herhaaldelijk met deze populatie dat de lading of energie, niet in het gebrachte verhaal zit, maar uitgaat naar de groep in het algemeen of naar de therapeut in het bijzonder (**true scene**).

Zowel de **overlevingsstrategieën en belemmerende cognities**, het **gemis uit de oude geschiedenis** alsook het **verlangen naar behoeftebevrediging** kan de cliënt in deze relatie op de therapeut projecteren. Door expliciet te gaan bevragen en vervolgens de projecties in de ruimte een plaats te geven in de vorm van rolfiguren wordt de onbewuste dynamiek voor de cliënt duidelijker. Het hier en het nu van deze overdrachtsrelatie zal deze cliënten onvermijdelijk brengen bij het daar en toen: naar de ontwikkelings-geschiedenis.

Groei en heling is mogelijk binnen interacties die een antwoord bieden op het gemis. Niet de therapeut moet dit gemis opvullen. Wel rolfiguren, representaties van mensen, vaak ouders die er toen hadden moeten zijn.

Vooraleer cliënten in staat zijn om dit op symbolisch niveau te gaan ervaren, hebben ze aanknopingspunten in de realiteit nodig. Deze zijn soms zelden of niet te vinden in de geschiedenis van zo vroeg beschadigde mensen. Overdrachtsrelaties, zowel met de groep als met de therapeut, kunnen gebruikt worden als aanknopingspunten in de realiteit.

De opbouw van de hechtingspiramide zal parallel met therapeut/groep en met rolfiguren doorlopen worden. Cruciaal is dat de therapeut het actieve hechtingsgedrag van cliënten niet afweert. Bij vermijdende hechting levert dit een negatieve reconstructie. Een therapeut die vanuit blinde vlekken cliënten gebruikt voor zijn behoeftebevrediging creëert herhaling van de geschiedenis bij ambivalent gehechten. In beide gevallen worden de overlevingsstrategieën onderhouden en zelfs versterkt.

2.4. Stemmen: overlevingsstrategieën en belemmerende cognities

“Vertrouw niemand, vertrouw alleen jezelf” behoort tot de overlevingsstrategie van vermijdend gehechte cliënten. Een stem die we kunnen horen bij ambivalent gehechten is “Laat mij niet los anders verlaat ik jou”. Stemmen als “Reken er niet op dat je veilig bent, wees altijd op je hoede” behoort tot het gedesororganiseerde type. (Trügg)

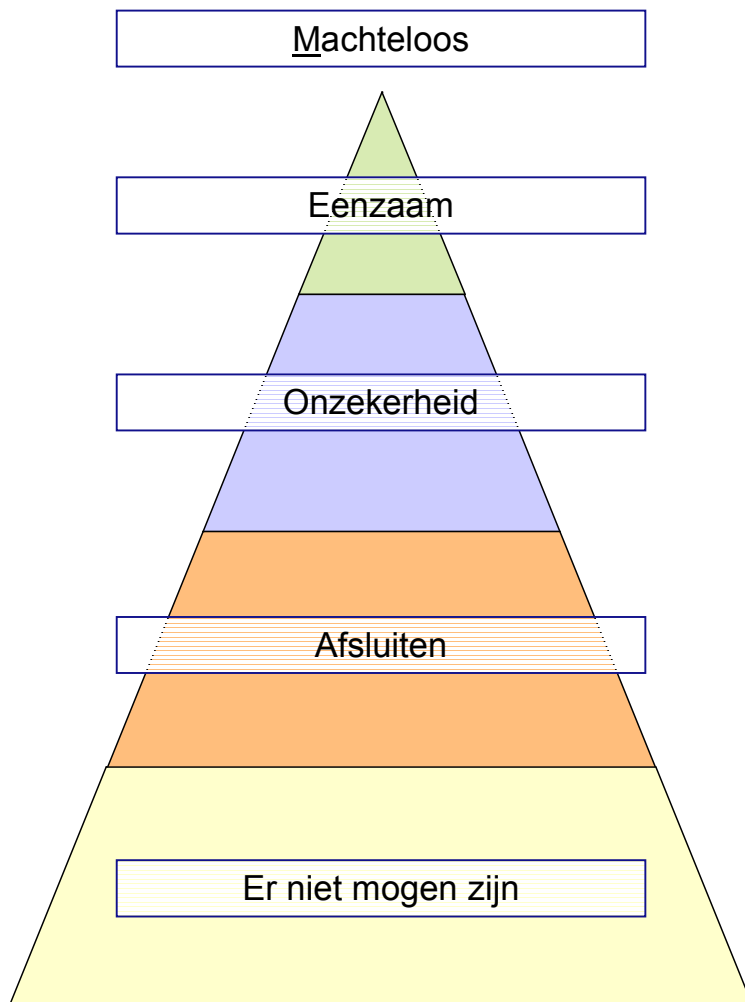
De hierboven beschreven boodschappen kunnen werkbaar gemaakt worden door ze als stemmen in de symbolische ruimte binnen te brengen, al dan niet door een gekozen groepslid die de rol op zich neemt van waarschuwend stem, bevelende stem, stem van de waarheid... Cliënten zijn niet met deze boodschappen geboren. Zij zijn het **geïnternaliseerde resultaat van hun aanpassingstrategie aan een deficiënte omgeving**, en staan dus aan de kant van “het aangepaste zelf”. Door deze boodschappen als stemmen buiten de cliënt te plaatsen kan hij als het ware naar deze strategie gaan kijken, zich ertegenover gaan verhouden.

Bij veilige hechting zijn deze stemmen minder aanwezig of minder dogmatisch en kan de cliënt sneller de overstap maken naar de oude geschiedenis.

Belemmerende cognities die cliënten als vaststaande waarheid ervaren zoals ‘ik ben te veeleisend’ of ‘het is mijn eigen schuld dat niemand me begrijpt’ kunnen eveneens vertolkt worden door rolfiguren in de rol van beschuldigende, veroordelende stemmen.

Via witnessing en bevragen van de lijfelijke gewaarwordingen die deze stemmen oproepen komen cliënten na verloop van tijd bij oude geschiedenis terecht. Zo ontdekken ze waar die boodschappen ontstaan zijn.

Zowel de overlevingsstrategieën als de belemmerende cognities hebben als consequentie dat cliënten in de negatieve kant van de hechtingspiramide zullen zitten en met gevoelens als: er niet mogen zijn, zich afsluiten, onzekerheid, eenzaamheid en machteloosheid te kampen hebben.



Voor cliënten met een hechtingsproblematiek hebben de stemmen die de vertolker zijn van een overlevingsstrategie echter vaak een beschermend aspect. Ze zullen dus niet geneigd zijn om deze snel op te geven. Hierop wordt verder ingegaan in het hoofdstuk: het opgeven van de almachtspositie.

2.5. Oude geschiedenis (historical scene)

De oude geschiedenis is de geschiedenis waar er - letterlijk of figuurlijk - geen beschikbare ouders waren waaraan het jonge kind zich veilig kon hechten. Dit ging ongetwijfeld gepaard met gevoelens van machteloosheid, eenzaamheid en onzekerheid, verdriet, pijn en wanhoop. Het ervaren van deze gevoelens, die voor baby en jonge kind verwarrend en overspoelend waren, zal voor cliënten ontzettend bedreigend zijn. Echter noodzakelijk en onvermijdelijk in de therapie.

Het **bedreigende van het voelen** heeft meerdere redenen. Ten eerste de intensiteit van deze gevoelens. Cliënten verwoordden dit soms als 'als ik deze gevoelens ten volle toe laat

dan ga ik sterven, of dan wordt ik gek'. Omdat ze soms van bij de geboorte met deze gevoelens alleen hebben gezeten, dus nooit erkenning of spiegeling gekregen hebben van hun gevoelens, er niet op een adequate manier hebben leren mee omgaan en er geen begrenzing voor gekregen hebben, hebben ze hun gevoelens moeten verdringen. Ten tweede hebben ze meestal geen woorden voor wat ze voelen (geen taalverwerving toen ze ontstaan zijn), maar worden de gevoelens 'vertaald' in lijfelijke gewaarwordingen. Net dat lijf is ook een bron van angst en frustratie. Het kreeg immers ook niet wat het nodig had. De huidhonger werd niet gestild.

Pesso-therapie kan aan allebei een antwoord bieden. Door de hoogste **energie** op te sporen, deze lijfelijk om te zetten in **actie** en de juiste **interactie** te zoeken ervaren cliënten hoe hun **lichaam een bron van informatie** is en aan de kant van het 'echte zelf' staat. Op de beangstigende intensiteit van de gevoelens is adequate **containment** het juiste antwoord.

Een belangrijke techniek om uit het kluwen van verwarrende en tegenstrijdige emoties tegenover de reële ouders te geraken is het **polariseren**. Dit is het uit elkaar trekken van de negatieve kant en de positieve kant van deze ouders.

We kunnen verschillende accenten onderscheiden in de negatieve kant van de reële ouders bij de 3 vormen van onveilige hechting.

Bij vermijdende hechting zal de negatieve kant van de reële moeder of vader de kant zijn die het hechtingsgedrag van hun kind afwijzen.

Bij ambivalente hechting zal het negatieve aspect met inconsistentie te maken hebben. Dit kan voorkomen wanneer de rollen omgedraaid worden of wanneer er van overvoeden sprake is.

Bij het gedesorganiseerde type is de negatieve kant altijd een bron van angst en onveiligheid, deze berokkend vaak niet enkel emotioneel schade maar ook fysiek; bv. bij incest.

Door de cliënt gekozen groepsleden nemen de rol van de negatieve en de positieve kant van de reële ouders op zich.

De gevoelens van verdriet en frustratie, de oude pijn kunnen nu scherp aanvoeld en geuit worden mits juiste accommodatie. Als de pijn uitgedrukt kan worden zal ook de onbevredigde behoefte die de pijn veroorzaakte zichtbaar worden.

Ook kan -op het moment dat de positieve kant van de reële ouder of verzorger in een rol geplaatst wordt - verdriet over hoe klein die kant wel was naar boven komen. Er wordt contact gemaakt met het intense verlangen naar die kant, dit wil zeggen naar de bevrediging van de behoeften door deze figuur. Hier ligt de weg open naar ideaal figuren.

2.6. Holes in roles

In een comparatieve studie van Van Ijzendoorn en diens medewerkers (1994) blijkt dat ouders in staat zijn de problemen van hun kinderen te compenseren en ze tot veilige hechting te brengen, maar dat kinderen niet bij machte zijn om voldoende tegengewicht te bieden bij een tekortschietend ouderschap.

Wanneer een moeder zelf noodlijdend is zal deze niet in staat zijn de behoeften van het kind te gissen en te vervullen, dan zal deze belangrijkste zorgdrager het kind gebruiken

om haar/zijn eigen behoeften te bevredigen (A. Miller, 2003). **De behoeften van het kind worden opzij gezet, ten voordele van de behoeftebevrediging van de ouder.** Het kind wordt onbewust gemodelleerd in een richting die de ouder nodig heeft, met als resultaat dat het kind zichzelf niet kan leren kennen, zich maar geliefd voelt voor het onechte zelf.

Zo worden kinderen soms vader of moeder van hun eigen ouders, partner van hun ouders, e.d.

Bij onveilige hechting is de hechtingsstijl zowel een resultaat van als een antwoord op de nood van de ouders.

Ook in overdrachtsrelaties zullen cliënten soms voor de therapeut of voor de andere groepsleden gaan zorgen en hun eigen behoeften opzij zetten. Door dit op te pikken (“is het mogelijk dat je hier voor mij/de groep aan het zorgen bent?”), te corrigeren (“hier hoeft je dit niet te doen”), aansluiting te vinden bij een thema van de cliënt (“heb je buiten therapie ook wel soms dat gevoel dat je voor mensen moet zorgen?”) en in de symbolische ruimte te plaatsen van ‘een figuur waarvoor jij moet zorgen’ komen we uiteindelijk bij de oude geschiedenis terecht.

Dan kan de noodlijdende, **behoefte kant van de ouder** in beeld komen. Het is immers dit aspect waarnaar veel zorg uitgaat, dat gevoelens van loyaliteit oproept en dat een remmende werking heeft op de ontwikkeling en groei van de cliënt.

Het is van cruciaal belang dat deze behoefte kant van de reële vader of moeder een antwoord krijgt dat niet van de cliënt moet komen. Hier introduceren we rolfiguren die zorgdragers voor de ouders vertolken: **ideale ouders voor de reële vader of moeder.** Op deze manier kunnen cliënten meer ruimte en energie ervaren om hun eigen spoor te volgen.

Het innerlijk conflict dat zich vaak afspeelt bij het toelaten van zorgdragers voor de behoefte kant van de reële ouders is de overtuiging dat niemand zo goed voor die ouders kan zorgen als de cliënt/het kind zelf.

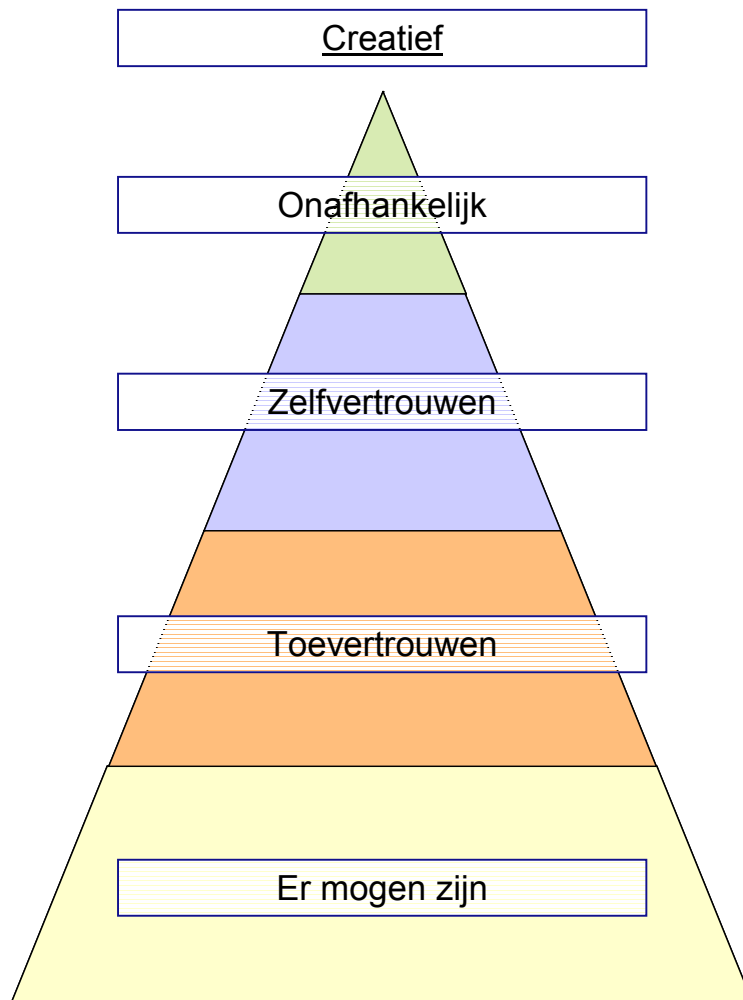
2.7. Opgeven van de almachtspositie: het toelaten van ideale figuren

Het te doorworstelen conflict is de twijfel en de angst over het al dan niet uit handen geven van zorg. Zowel zorg voor de ouders, als zorg voor zichzelf. Tot nu toe hebben ze het immers altijd zelf gedaan, en daar zijn cliënten toch een heel eind mee geraakt. Anderen echt toelaten impliceert het opgeven van de overlevingsstrategie en het accepteren van grenzen. Men heeft veel geïnvesteerd in die bijzondere, maar eenzame positie. Zo een levenslange troon verlaten is vaak een langdurig en pijnlijk proces (van Attekum).

Aan wie moet de zorg nu uitbesteed worden?

Het antwoord op de nood van cliënten komt niet van de positieve kant van de reële ouders. Zo was het niet en zo zal het in therapie ook nooit zijn. Dit impliceert rouw. Het antwoord op behoeften komt ook niet van de therapeut. De behoeftebevrediging is enkel juist als het een antwoord biedt op de nood van de baby. En dit jonge kind had indertijd geen therapeut nodig, maar een moeder en een vader aan wie het zich letterlijk en figuurlijk kon hechten. Met groepsleden in de rol van ideale ouders kunnen cliënten de hechtingspiramide of het beschadigde deel van de hechtingspiramide doorlopen en de

opbouw van hechting letterlijk gaan ervaren. Uit deze correctieve ervaringen wordt een nieuw gehechtheidswerkmodel ontwikkeld en geïntegreerd waardoor cliënten anders in de wereld gaan staan.



Conclusie

In Pesso-therapie vindt herstel van hechting plaats wanneer cliënten in contact met ideale ouders de hechtingspiramide doorlopen.

Voor dit mogelijk is wordt een hele lange en pijnlijke weg afgelegd. Een van de hardnekkigste punten is het opgeven van de overlevingsstrategieën en het doorwerken van belemmerende cognities.

Cliënten met hechtingsproblemen hebben niet noodzakelijk problemen met symboliseren. Toch lijkt het symboliseren van ouders die over kwaliteiten beschikken die veilige hechting mogelijk maken, voor hen een moeilijke zaak. Het opbouwen van contact gebeurt in eerste instantie in relatie met de therapeut, in het hier en nu. Rolfiguren komen pas in een later stadium aan bod. Als therapeut zal je getest worden, zowel in je professionaliteit als in je echtheid, eerlijkheid en stevigheid. Vastberadenheid en directheid creëren veiligheid, maar daarnaast moet de therapeut ook eigen kwetsbaarheid niet uit de weg gaan. Fouten toegeven en herstellen leidt tot meer echtheid in de relatie en moedigt cliënten aan in contact te komen met hun echte zelf.

Zo doorlopen cliënten als het ware de hechtingspiramide met de therapeut vooraleer ze die op symbolisch niveau met ideale ouders kunnen ervaren. De onontbeerlijke lijfelijke contact-ervaring die hiermee gepaard gaat vindt uiteraard enkel plaats met de ideale ouders. In dit laatste zit het grote verschil met andere therapieën. Men verwerft niet enkel inzicht en verwerkt oude geschiedenis. Ervaringen met ideale ouders creëren een parallelle geschiedenis die er een kan zijn met veilige hechting als resultaat.

Sint-Martens-Latem, 30 maart 2006

Geraadpleegde Literatuur

Attekum, M. van (1997). *Aan den Lijve. Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Lisse: Swetz & Zeitlinger.

Bakker-van Zeil, T. *Hulpverlening bij hechtingsproblematiek*. VCOK. Voorbereidingsprogramma 'interlandelijke adoptie'.

Boer, L. De. (1998). *Pesso-psychotherapie bij borderline-persoonlijkeidspromblematiek*. Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie, 14 (2), 46-52.

Bowlby, J. (1983). *Verbondenheid*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Cullberg, J. (1995). *Moderne psychiatrie. Een psychodynamische benadering*. Baarn: Ambo.

Haver, W. Van & Pesso A. (1990). *Het gekwetste zelf. Pesso-psychotherapie als terugweg naar zichzelf*. Leuven: Acco.

Hoksbergen, R. & Walenkamp, H. (2000). *Adoptie: een levenslang dilemma*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Jongsma – Thieleman, N. (2000). *Het lichaam als bondgenoot*. Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie, 16 (3), 34-45.

Juffer, F. (1997). *Adoptiekinderen. Opvoeding en gehechtheid in het gezin*. Amsterdam: Boom.

Kohnstamm, R. (1987). *Kleine ontwikkelingspsychologie. Deel 1: Het jonge kind*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Meeus, N. (2002). *B by's en hechting*. Kiddo. 4, 18-21.

Miller, A. (1981). *Het drama van het begaafde kind. Op zoek naar het ware zelf*. Houten: Van Holkema & Warendorf.

Nicolai, N. (2003). *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom.

Perquin, L., Jongsma, T. & Attekum, M. van (1998). *Punten van houvast bij het schrijven van een levensgeschiedenis*. Pesso Bulletin, 14 (1), 53-55.

Perquin, L & Rehwinkel, P. (1999). *Pesso-psychotherapie: Een lichaamsgeoriënteerde psychotherapeutische methode*. Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie, 15 (1), 5-31.

Ruthgeerts, D. (2002). *Begrenzing bij vroege tekorten: wegwijzers en valkuilen*. Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie, 18 (1), 5- 23.

Trügg, W.J. (2003). *Over het vermogen tot symboliseren*. Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie, 19 (1), 36-66.

Vandereycken, W. & Deth, R. van (2003). *Psychotherapie. Van theorie tot praktijk*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Verhofstadt-Denève, L. , Geert, P. Van & Vyt , A. (2003). *Handboek ontwikkelingspsychologie. Grondslagen en theorieën*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.