

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Gedesorganiseerde gehechtheid

Van babyonderzoek tot behandeling

NELLEKE NICOLAI

De mentalisatie bevorderende therapie (MBT) is niet de enige die haar inspiratie ontleent aan bevindingen uit babyonderzoek. Twee andere theorieën over psychoanalyse als behandelvorm doen dit eveneens. Zij leiden echter tot een andere aanpak en andere accenten, die bij andere doelgroepen beter aansluiten dan de MBT. Het gaat hierbij om het werk van de Boston Change Process Study Group en het werk van Beatrice Beebe en Frank Lachman (2002). Die andere doelgroepen zijn volwassen patiënten met een gedesorganiseerde gehechtheid, die (vermoedelijk) al in de kinderjaren aanwezig was.

In dit artikel wil ik hun beider bijdrage belichten en beschrijven hoe hun opvattingen en werkwijze de psychoanalytische behandeling van ‘moeilijke’ — want vroeg ernstig affectief tekort gekomen of beschadigde — patiënten kunnen verrijken.

¶ *Gehechtheidstheorie en gedesorganiseerde gehechtheid*

De term ‘gedesorganiseerd’ is voor het eerst genoemd door Mary Main, die bij het nakijken van haar video’s van baby’s in het Bay Area-onderzoek een kleine groep vond die vreemd gedrag vertoonde. Ze liepen bijvoorbeeld na een scheiding wel op de moeder af, maar lieten zich weer op de grond zakken en draaiden zich om. Ze bleven zitten en wiegden heen en weer alsof ze in trance waren. Ze vertoonden onderwaterbewegingen, leken gedesoriënteerd en verlamd tussen de behoefte tot toenadering en vermijding. Kortom: het leek of ze gevangen waren in een soort bevroren beweging. Erik Hesse en Mary Main (1999) vermoedden dat dit gedrag, dat zij aanduidden als uitingen van ‘gedesorganiseerde gehechtheid’, voor zou komen bij kinderen wier ouders tegelijkertijd bron waren van veiligheid én van angst. Zij stelden namelijk vast dat de ouders van deze kinderen in de interviews over hun eigen geschiedenis — veel meer dan verwacht — tekenen vertoonden van het niet verwerkt hebben van verliezen, seksueel misbruik of fysieke mishandeling. Empirisch onderzoek heeft hun gelijk gegeven. Ouders die zelf onverwerkt verlies of onverwerkte trauma’s in het Gehechtheidsbiografisch Interview (GBI)¹ lieten

zien en daarbij *niet* veilig gehecht waren, hadden kinderen die gedesor-
geerd gedrag vertoonden. Lyons-Ruth (Lyons-Ruth e.a. 2005) en hier in Neder-
land Van IJzendoorn, Schuengel en Bakermans-Kranenburg (1999) hebben
dit onderzoek gerepliceerd. Het bleek dat moeders met een onverwerkt
trauma door seksueel misbruik of mishandeling, die daarbij een onveilige
gehechtheidsstijl vertonen, kinderen hebben die gedesorgeriseerd gehecht
zijn.

Twee grote longitudinale studies volgen deze kinderen nu al meer dan
twintig jaar. Zij blijken significant vaker dissociatieve verschijnselen of stoor-
nissen te vertonen (Carlson 1998; Ogawa e.a. 1997). De dissociatieve sympto-
matologie neemt toe bij adolescenten die later ook trauma's of verliezen
meemaken. Een derde studie van vijfenveertig kinderen in Boston van Karlen
Lyons-Ruth loopt ook al bijna twintig jaar (zie verder).

De desorganisatie van peuters lijkt zich op gedragsniveau wel te reorgani-
seren als het kind opgroeit. Het worden vaak dwingend-straffende of uiterst
aangepaste en verzorgzame kleuters. Op emotioneel niveau echter blijft een
verwarde en angstige vorm van gehechtheid bestaan met meerdere, elkaar
uitsluitende, beelden of innerlijke werkmodellen: hulpeloos en tegelijkertijd
vijandig. Het cognitief functioneren wordt gekenmerkt door catastrofaal den-
ken. Alle verhalen waartoe een kind bij een verhalentest uitgenodigd wordt,
eindigen in moord, doodslag, verlies en een allesoverheersend gevoel overge-
leverd te zijn aan een onbegrijpelijke en verwarrende wereld.

In de klinische praktijk wordt het contact met patiënten met een gedesor-
geriseerde gehechtheidsstijl gekenmerkt door onverwachte en niet geheel te
doorgronden breuken. Dit gaat op voor patiënten met een officiële DSM-IV-
classificatie van dissociatieve stoornissen, zoals de 'dissociatieve identiteits-
stoornis' of de depersonalisatiestoornis, en voor veel patiënten met een tra-
umatische voorgeschiedenis in de kindertijd en de diagnose 'complexe
posttraumatische stresstoornis'. Anders dan bij de borderlinepersoonlijk-
heidsstoornis is het GBI van deze patiënten niet 'ambivalent-gepreoccu-
peerd', maar is het soms niet te classificeren en komt dan in de 'Cannot
Classify'-categorie. Fenomenologisch is vooral de verwarring opvallend, zowel
in het verhaal van de patiënten, dat gekenmerkt is door plotselinge breuken,
als in de tegenoverdrachtsgevoelens van de behandelaar. Toch is er sprake
van een goede realiteitstoetsing. De presentatie is zelden theatraal, de lijdens-
druk groot. Zij kunnen vaak beter mentaliseren dan de groep met een border-
linepathologie, maar in tijden van stress vallen ze niet in de equivalente
modus, maar in de alsof-modus. In DSM-IV-TR-termen zijn zij eerder in
Cluster-C te classificeren. In termen van de structurele theorie van Kernberg
vertonen zij een borderlineorganisatie.

Mentalisatie bevorderende therapie werkt over het algemeen heel goed,
maar om de soms onverwachte verstoringen in het contact te begrijpen is een
ander begrippenkader nodig en dat vond ik in het concept 'regulatie' van

Beebe en Lachman en het concept 'sloppy process' van de Bostongroep. Mijn uitgangspunt is dat het effect van trauma's in de kindertijd of in de voorgeschiedenis van de ouders niet statisch is, niet louter tot tekorten of symptomen leidt, maar tot een dynamisch geheel van minutieuze interactiepatronen, dat zich in de behandeling openbaart en daar ook bewerkt kan worden.

¶ *Zelfregulatie en interactieve regulatie*

Het Face to face-Still face-onderzoek (Tronick 1989), maar ook ander onderzoek naar de interactie tussen moeders en hun baby's brengt aan het licht dat er tussen moeder en kind een voortdurende stroom van non-verbale uitwisseling bestaat waarin de baby de interactie initieert (Beebe & Lachman 2002). Dit is met het blote oog nauwelijks waar te nemen maar wordt goed duidelijk door video-opnames vertraagd af te spelen en te observeren. In de 'still face'-onderzoeksopzet krijgt een moeder de opdracht geen mimiek te tonen. De pogingen die het kind doet om contact te krijgen, om zijn stijgende onrust te reguleren en de mate waarin hem dat wel of niet lukt, wordt tegenwoordig ook gebruikt om, vroeger dan met de Infant Strange Situation test mogelijk is, de kwaliteit van de interactie tussen de moeder en haar baby te scoren.

Beatrice Beebe² deed onderzoek naar vroege moeder-kindinteracties, waarbij zij vooral lette op *split-second*-interactie in het ritme en de toonhoogte van het vocaliseren, de mimiek en de bewegingen in tijd en ruimte. De coördinatie tussen de bewegingen of vocalisaties van het moeder-kindpaar is opvallend, maar nooit één op één. De moeder wacht tot het kind het contact herneemt, en volgt. Zij laat in haar non-verbale mimiek, motoriek, ritme en prosodie haar plezier in het contact zien, maar doet een stapje terug als het het kind te veel wordt. Dit verloopt in milliseconden (1/3 tot 1/6 seconde). In tijden van stress, als het kind bang of overstuurd is, troost zij het, tot het gekalmeerd is en zijn spel hervat. Zij zorgt daarbij voor een regulatie van stress en affect: de interactieve regulatie.

Beebe en Lachman (2002) stellen op grond van deze onderzoeken dat er een voortdurende uitwisseling is tussen zelfregulatie en regulatie door de ander. Wanneer een moeder ongeveer vijftig procent van de tijd met het ritme van haar stem, toonhoogte, mimiek en motoriek in coördinatie is, is het goed genoeg in de betekenis van Winnicotts *good-enough* moeder. Te veel coördinatie kan leiden tot verhoogde interactieve vigilantie, waarbij de ene partner voortdurend op de ander let, ten koste van het eigen vermogen tot zelfregulatie. We zien dit bij kinderen met een 'onveilige, ambivalent-gepreoccupeerde' gehechtheid. Deze kinderen hebben door hun blijvend verhoogde interactieve vigilantie nog een zekere mate van voorspelbaarheid gegenereerd. Zij blijven gewoon aandacht vragen. Een preoccupatie met zelfregulatie ten koste van interactieve regulatie wordt aangetroffen bij kinderen met een 'gereserveerd-vermijdende' gehechtheid. Tronick (1989) beschrijft dat bij depressieve moe-

ders de kinderen overmatig gebruik maken van zelfregulatie in de vorm van wegstijgen, wegdraaien, duimzuigen, verlies van tonus, zichzelf aanraken of wiegen. Bij volwassenen zien we dat ook: friemelen, wegstijgen, oogcontact vermijden. De verwarring van de gedesorganiseerde kinderen met dertien maanden kan gezien worden als een mislukkende poging om de interactie zo voorspelbaar mogelijk te maken. Eerst zijn ze hyperactief waakzaam en letten sterk op de ander, maar dan stijgt de angst en blijkt de zelfregulatie te falen. Het 'wegvallen', uit contact gaan, dichtklappen van patiënten met dissociatieve stoornissen is waarschijnlijk te beschouwen als een laatste uitweg: een verregaande en doorschietende poging tot zelfregulatie.

Dit regulatieprincipe blijft het hele leven actief en vindt plaats in alle interacties. Wanneer in de vroege geschiedenis de balans tussen zelfregulatie en interactieve regulatie verloren is gegaan, komt dat dus ook de spreekkamer binnen in de interactie tussen analyticus en patiënt. Wij nemen dit waar op een impliciet, soms fysiek ervaren niveau. Interactieve verhoogde waakzaamheid kan bij voorbeeld het gevoel geven dat iemand letterlijk op je zit, zodat je er benauwd van wordt. Een vergrote neiging tot zelfregulatie ervaren we als afstand, gebrek aan contact of kilte. Het 'afhaken' van een patiënt met een sterke zelfregulatie is meteen te volgen in de vierhonderd milliseconden waarin onze mimiek — niet eens waarneembaar voor onszelf, maar wel zichtbaar op een video — afneemt. Bij de meeste veilig gehechte volwassenen is de impliciete regulatie in balans. Zij zijn in staat verstoringen te herkennen en zelf te repareren ('nee, ik bedoel...') en ze zijn in staat gedeelde momenten te ervaren. Patiënten die van jongs af aan weinig ervaring hebben met zelfregulatie, impliciet altijd afwijzing verwachten of hyperalert zijn op interactieve regulatie hebben deze flexibiliteit veel minder.

De impliciete, non-verbale uitwisseling in de spreekkamer omvat de organisatie van verwachtingen en de voortgaande regulatie van de interactie, zoals die tot uiting komen in hoe men elkaar begroet, in gezichtsuitdrukkingen, de manier waarop men 'de beurt' neemt en hoe het ritme in de dialoog verloopt. Volgens Beebe en Lachman is de wijze waarop verwachtingen (impliciete representaties) van afwijzing, onbegrip, afstand nemen juist op impliciet niveau ontkracht of niet-bevestigd worden één wezenlijk onderdeel van de therapeutische werking.

Een ander onderdeel of principe van verandering is dat van verstoring van het contact en herstel ervan. Dit is kenmerkend voor de fasen in therapie waarin iets uitgelegd of verhelderd wordt, een confrontatie plaatsvindt, maar ook als er sprake is van misverstanden of specifieke overdracht-tegenoverdrachtsscenario's. Volgens Beebe en Lachman zijn juist deze momenten van reparatie een nog krachtiger weg naar structurele veranderingen.

Het derde principe van verandering bestaat uit momenten van gedeelde vreugde of een andere gedeelde emotie: ze kunnen positief of negatief zijn, transformatief of hertraumatiserend.

Alle drie principes kunnen volgens Beebe en Lachman leiden tot een systemische transformatie, waardoor het vermogen tot zelfregulatie en interactieve regulatie veranderd kan worden. Het 'systemische' staat voor de opvatting dat het om een open informatiesysteem gaat, zoals veel biologische systemen. Nieuwe informatie kan het systeem in een andere staat brengen — transformeren — als deze nieuwe informatie tenminste zo aangeboden wordt dat ze oude representaties uitdaagt.

¶ *Gissen, missen en herstellen*

Een andere groep psychoanalytici en ontwikkelingspsychologen heeft deze principes verder uitgewerkt, nu door interacties tussen analyticus en patiënt op video te bestuderen. Het gaat om de Boston Change Process Study Group (BCPSG).³ De BCPSG bestudeert micromomenten in de analyse. Het was hun opgevallen dat verbale verslagen noch audio-opnames van zittingen het impliciete proces pakken, dat wel duidelijk wordt uit video-opnames en alleen zichtbaar wordt in milliseconden. Net als Beebe en Lachman stellen zij dat verandering pas echt kan optreden als er iets verandert op het impliciete niveau (BCPSG 2002; BCPSG 2007).

Ook bij hen is intersubjectiviteit essentieel: interacties zijn het gevolg van een samenspel, van affectieve uitwisseling tussen twee personen. Beide partners in de interactie hebben impliciete, intersubjectieve doelen, zoals: ik wil hier wel/niet zijn, ik wil wel/niet iets samen doen, nu niet maar later wel. Deze bedoelingen zijn altijd in daden aanwezig, worden in handelingen omgezet, in beweging, in mimiek en motoriek. De bedoelingen van de een en de ander kunnen wel of niet passen, en worden voortdurend bijgesteld en geconstrueerd. De metafoer is die van de dans. Wat doe je als de een de eerste stap zet? Ga je naar voren? Volg je?

De focus van hun onderzoek ligt meer nog dan bij Beebe en Lachman op het proces van 'gissen, missen en herstellen' en het op expliciet en declaratief niveau brengen van 'wat jij bedoelde en wat ik begreep'. Dit leidt tot een steeds beter 'passen' en dat draagt bij tot meer welbevinden in de interactie, een groter vertrouwen in het vermogen de ander te kennen en gekend te worden en uiteindelijk tot een grotere psychische coherentie.

Het oude concept 'moments of meeting' dat in de jaren negentig nog gezien werd als de momenten waarop het impliciete weten zich in de analytische intersubjectieve ruimte kon reorganiseren, is dan ook vervangen door het concept van het 'sloppy process' (BCPSG 2005). Alleen het gedrag immers is zichtbaar: naar wat iemand bedoelt moeten we gissen. Dit 'gissen, missen en repareren' vormt de doorgaande dialoog tussen analyticus en patiënt. Elke partner in de interactie is voortdurend bezig de ander te beïnvloeden en in dit proces van co-constructie is er dus altijd sprake van een zekere on-

voorspelbaarheid en onzekerheid. Dit is het 'sloppy', dat wil zeggen *slordige, onbepaalde*, dat inherent is aan de menselijke subjectiviteit, maar ook de mogelijkheid creëert om nieuwe betekenissen te genereren, in een gezamenlijk proces van creativiteit. Ik geef een voorbeeld.

Een patiënte zucht. Je denkt op basis van eerdere ervaringen (en misschien je eigen geschiedenis) dat ze zich ergert. Je gaat er zelfs van uit, op grond van je eigen verwachtingen. Je zucht zelf. Ze hoort je en denkt dat jij je ergert. Ze gaat druk praten om je veronderstelde boosheid weg te werken. Jij vraagt: 'Je zuchtte net, wat was er?' Ze zegt: 'Ik dacht aan de vakantie, dat ik je ga missen. Maar jij zuchtte ook?' 'Ik dacht dat jij ergens boos over was, net zoals laatst, toen we ontdekten dat jouw zuchten vaak een manier was om je niet boos te hoeven voelen.' 'Nee, nu niet', zegt de patiënte. Het blijft dan even stil, op een prettige manier.

¶ *Verstoorde emotionele communicatie*

Patiënten met een gedesorganiseerde geschiedenis doen sterker dan patiënten met een georganiseerde gehechtheidsstijl (veilig, gereserveerd-vermijnd of ambivalent-gepreoccupeerd) een beroep op ons begrijpen wat in de intersubjectieve ruimte gebeurt.

Voor dit begrijpen is het werk van Karlen Lyons-Ruth, lid van de BCPSG, over de verstoorde emotionele communicatie van belang. Zij volgt al jaren een groep gedesorganiseerde kinderen vanaf hun babytijd, samen met hun moeder (Lyons-Ruth 2002; Lyons-Ruth e.a. 2003, 2004, 2005, 2006).

De moeders die zij onderzocht kenmerkten zich door twee verschillende gehechtheidspatronen, die niet goed pasten in een van de bekende categorieën als 'autonoom en veilig', 'vermijnd-gereserveerd' of 'ambivalent-gepreoccupeerd', al of niet met een daarnaast bestaande classificatie van 'onverwerkt trauma of verlies'. In het ene geval spraken moeders over hun eigen jeugd op lacherige toon over de meest verschrikkelijke gebeurtenissen. Zij leken zich te identificeren met de ouder die deze gebeurtenissen veroorzaakt had. Op het eerste gezicht leken zij veilig gehecht, omdat ze vrijuit spraken over wat er gebeurd was. Ze waren niet gehyperactiveerd, omdat ze niet overspoeld of overbetrokken boos waren. Ze toonden geen tekenen van onverwerktheid, maar ze leken niet te voelen wat ze vertelden. In die zin was hun vertoog incoherent. De andere groep bestond uit moeders die heel lief en zacht waren, maar zich angstig voor hun kinderen toonden en zich hulpeloos opstelden.

Lyons-Ruth noemde deze twee patronen in het GBI respectievelijk 'vijandig' en 'hulpeloos'. De vijandige moeders bleken vaker mishandeld als kind en de hulpeloze moeders bleken vaker een geschiedenis te hebben van sek-

sueel misbruik. Bij de eerste stond de identificatie met de dader-ouder op de voorgrond, bij de laatste groep de desoriëntatie en de angst voor het kind (Lyons-Ruth e.a. 2005).

Als zesjarigen waren de gedesorganiseerde baby's dwingende, straffende of zorgende kinderen geworden: twee strategieën die de grootste garantie bieden op voorspelbaarheid van onvoorspelbare ouders. Als adolescent bleken ook zij in dit onderzoek veel dissociatieve verschijnselen te vertonen, alsof ze leven in een soort verticale splijting die in het interview van hun ouders ook al merkbaar was. De vijandigheid en de hulpeloosheid lijken ook twee kanten van dezelfde medaille. Beide strategieën houden een voortdurende non-integratie in stand waarbij het zelf respectievelijk beleefd wordt als vol humor, stoer en zonder veel emotie, tegenover het zelf als passief overweldigd en hulpeloos. Deze twee strategieën wisselen elkaar af in het GBI, maar dus ook in het denken over de eigen kinderen. Tot dan was de vigerende hypothese, geopperd door Liotti (1995, 1999), dat deze desorganisatie in de peutertijd kwetsbaar maakte voor het optreden van dissociatieve verschijnselen in latere traumatische situaties. Met multiële regressieanalyse vond Lyons-Ruth echter recent dat het niet de traumatische situaties op zich waren die veroorzaakten dat deze pubers of adolescenten hoog scoorden op de Dissociatieve Ervaringsschaal *maar louter de aanwezigheid van een moeder met een vijandige of hulpeloze gehechtheidsstijl* (Lyons-Ruth e.a. 2006). Lyons-Ruth en haar medewerkers kwamen tot de conclusie *dat dissociatie het gevolg is van een desorganisatie van de gehechtheid en van een verstoring in de doorgaande communicatie tussen ouders en kind*. Zij noemt dit «verstoorte emotionele communicatie».

Zolang dit onderzoek nog niet gerepliceerd is, is er geen reden de traumatheorie bij de genese van dissociatieve stoornissen naar de vuilnisbelt te verwijzen. We kunnen wel stellen dat mishandeling en vroegkinderlijk misbruik als het ware de uitvergroting of de symptomen zijn van mislopende communicatie tussen ouders en kind. We kennen daarbij voldoende patiënten die dissociëren maar geen traumatische zaken als seksueel misbruik of mishandeling melden. We weten dat een trauma binnen het gezin geen eenmalige gebeurtenis is, maar ingebed is in een opvoedingsstijl die veel te maken heeft met de manier waarop ouders denken over zichzelf en hun kinderen en al of niet kunnen reflecteren over hun eigen voorgeschiedenis.

¶ *Desorganisatie in de behandeling*

De principes van doorgaande regulatie, de balans tussen zelfregulatie en interactieve regulatie en het «sloppy» proces op zoek naar balans en betekenis zijn in de behandeling van patiënten met een gedesorganiseerde gehechtheid van groot belang. Veel van de interactie kenmerkt zich immers door impliciete en non-verbale patronen, verwardheid, plotseling omschakelen, het bevroren in contact en dissociatieve belevingen. Erover praten leidt vaak

tot een toename van de angst en misverstanden. In meer klassieke analytische termen zou men dit kunnen begrijpen als het verdwijnen van de symbolische ruimte.

Hoe je het doel van de behandeling ook beschouwt, als traumaverwerking of integratie van afgesplitste 'delen', of als herstructurering van destructieve cognities: de impliciete onderstroom en de co-constructie van de interactie is voortdurend aanwezig. De visie op de behandeling als een toenemend proces van subjectwording in een intersubjectief veld verdient mijns inziens dan ook meer aandacht in traumatherapieën, waar het accent meer ligt op stabilisatie van symptomen, op integratie van cognities en emoties, en op het verwerken van traumatische herinneringen. Het meest opvallend aan patiënten met dissociatieve stoornissen is de stoornis in de zelfbeleving: het gevoel geen handelend, denkend subject te zijn. Hun handelen, hun intenties zijn 'niet van hen', maar van 'delen', die ook op te vatten zijn als verkerend in de alsof-modus. Zo ervaren zij hun lichaam niet als eigen, hun denken of eigen emoties evenmin, en vaak is dissociatie de enige manier om de hyperarousal, de overspoelende gevoelens van angst en onrust die zij ervaren, te reguleren. Praten over 'delen' of 'kanten' is soms tijdenlang nodig en nuttig om aansluiting te vinden en een idee te krijgen over hoe iemand zijn ervaringen heeft georganiseerd. Maar het kan ook leiden tot lang blijven hangen in de alsof-modus, waarin de interactieve en affectieve dialoog niet aangegaan wordt. Er verandert dan niets in de balans tussen zelf- en interactieve regulatie.

We zagen al eerder dat gedesorganiseerde kinderen een interactieve hyper-vigilantie vertonen. Dat wil zeggen dat ze voortdurend letten op wat wij doen en hoe wij kijken en dat volgens hun eigen verwachtingpatroon interpreteren.

Een patiënte vertelde mij dat ze wacht tot ik kijk: het is dan alsof zij plotse-ling tot leven komt. Voor die tijd voelt ze zich als een pop: niet levend. In mijn begrip: geen denkend en handelend subject in interactie met een ander handelend en denkend subject. In de overdracht-tegenoverdracht is dit voelbaar: ze staart, zit onbeweeglijk. In plaats van de dans is er een soort voortdurend scannen van wat ik doe. Daarbij is alles wat ik doe wat zij niet verwacht, gevaarlijk. En als het gevaarlijk is, heeft zij alleen de meest drastische vorm van zelfregulatie: zij raakt wazig en voelt zich wegglijden. Vroeger zou ik delen benoemd hebben: 'Wie is er nu?' Nu pak ik met haar terug wat er gebeurde. Zij vertelt bijvoorbeeld dat ik een rok aan heb. Een rok doet haar denken aan haar moeder. Dat betekent dus 'gevaar'. Pas door het te zeggen krijgt het betekenis en volgt er een verhaal over wat haar moeder deed als ze een rok aan had. Stil zijn als een pop, is haar manier van zich verhouden tot haar moeder: de enige wijze waarop zij 'lief' gevonden kon worden.

Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud, de *trigger* en het verhaal erachter, maar om het voortdurende proces van relationele stapjes die haar

impliciete relationele weten kunnen veranderen. Net als bij de MBT staat op zich niet de inhoud centraal, maar het herstellen van de verstoorde balans tussen zelfregulatie en interactieve regulatie.

Een ander voorbeeld: ik zie op videobanden dat ik zelf meer dan ik dacht aan zelfregulatie doe. Een dergelijk gedrag wordt ook door Beebe vermeld. Ik zit bij mijn dissociatieve patiënte, die heel mimiekloos zit te vertellen, zonder me aan te kijken, over mijn gezicht te wrijven. Ik leg mijn hoofd scheef op de stoel, kijk weg. Daarop reageert de patiënte met angst. Ze duikt plotseling tussen haar schouders. Ze ziet er erg bang uit en praat met een klein stemmetje. Ik ben aan het zelfreguleren ten opzichte van een 'still face', waarop zij gedesorganiseerd raakt, want zij kan vanuit haar hypervigilantie mijn zelfregulatie niet voorspellen. Beiden nemen wij deel, co-construeren wij deze interactie. Het enige dat helpt is bespreken wat zij zag dat ik deed, wat zij dacht dat ik deed, wat wel klopt en wat niet. Bij het zien van de videobanden voel ik me genadeloos geconfronteerd met mijn eigen beperkingen: de mimiek die ik niet waarneem, de neiging om door te vragen, terwijl ik zie dat mijn patiënte zich terugtrekt om zichzelf te reguleren, mijn lichtelijk geërgerde blik als zij overdreven zachtjes de deur dichtdoet.

Dergelijke minutieuze observaties betekenen ook een confrontatie met de vanzelfsprekendheden die we in dit vak opdoen en die niet blijken te werken met deze doelgroep, zoals het niet erkennen van zaken die de patiënten bij ons waarnemen en de mogelijke betekenis ervan bij hen leggen. Neutraliteit krijgt een andere betekenis, namelijk het nemen van de tijd om de betekenis die de patiënt genereert rustig aan te horen en niet al te snel in een normerend theoretisch model te persen. Veel van de communicatie van mijn patiënten snap ik niet op voorhand. Ik laat het me uitleggen tot ik het begrijp en dat heeft tot gevolg dat de communicatie open blijft. Onderling begrip leidt vrij vanzelf tot integreren. Veel meer dan vroeger werk ik met de gevoelens die ik in de tegenoverdracht ervaar: gefragmenteerd en verward raken, me doodgezwegen, machteloos, platgeslagen voelen. Ik probeer deze gevoelens te verwoorden, te checken en uiteindelijk mijn patiënten deze te laten verwoorden. Misverstanden zijn belangrijke bronnen van informatie. Elk succesvol herstel van contact leidt volgens mijn patiënten tot een sterker gevoel van competentie.

Het accent van de behandeling ligt op een doorgaande dialoog, die steeds misloopt, maar ook hersteld kan worden. Het betekent dat het traumatische van het verhaal een andere insteek krijgt. Het gaat niet zozeer meer om het ophalen van vergeten zaken of de traumatische gebeurtenissen als losstaande gebeurtenissen, maar *meer om de processen die het integreren van gevoelens en gedachten steeds belemmeren en ondermijnen*. En dat heeft alles

te maken met het niet in veiligheid en vrijheid kunnen denken en voelen wat er gebeurd is.

Het aantrekken en afstoten bij de gedesorganiseerde gehechtheid is merkbaar in wat de therapeut ervaart. Afwisselend wordt hij geïdentificeerd met de ouder of juist met het kind, voelt hij de machteloosheid die het kind voelde of juist het verlangen. Dit alles loopt door elkaar en kan elkaar tegenspreken, wat nogal beangstigend kan zijn. De transparantie van de therapeut krijgt in deze benadering een ander karakter, zeker bij deze doelgroep. De therapeut is niet meer de degene die beschikt over de 'waarheid' van de patiënt, die alles doorziet. Hij probeert er het beste van te maken, zo veel mogelijk te begrijpen, maar zal voortdurend missers maken. Hij excuseert zich voor zijn missers, is realistisch over zijn grenzen, maar houdt contact en probeert steeds de samenwerking te herstellen.

¶ *Conclusie*

Werken met gedissocieerde patiënten vanuit gehechtheidsperspectief, met de kennis uit het babyonderzoek over de invloed van vroege interactiepatronen, levert informatie op waarmee we de behandeling van patiënten met een gedesorganiseerde geschiedenis beter kunnen aanpakken. Het gaat om de verandering van het impliciet relationeel weten en de verstoorde balans tussen zelfregulatie en interactieve regulatie. Impliciet relationeel weten wordt expliciet als er aandacht wordt besteed aan wat er in het contact gebeurt. De BCPSG levert de kennis over hoe dit impliciete expliciet te maken is. De theorie van Beebe en Lachman levert de kennis over de verstoorde balans tussen zelfregulatie en interactieve regulatie en hoe deze te herstellen is. Wat zij gemeen hebben is het open oog voor de onvermijdelijkheid van misverstanden en het belang van het herstellen van contactbreuken, waardoor verwarring ontward raakt en op declaratief en autobiografisch niveau een verhaal wordt.

Verlangens, gevoelens en gedachten kunnen begrepen en erkend worden en dat leidt tot momenten waarop de patiënt zich gezien en gehoord voelt. We weten uit het werk van Beebe en Lachman en de BCPSG dat deze ervaring van gezien en begrepen worden, de collaboratieve communicatie, leidt tot een vergroting van de balans tussen zelfregulatie en interactieve regulatie en verhoging van de reflectieve functie. Vanzelfsprekend zou het mooi zijn als dit effect, evenals de MBT, in onderzoek bewezen zou kunnen worden. In elk geval is een verandering in de gehechtheidsstijl, van onveilig of gedesorganiseerd naar veilig, een mogelijke maat.

Literatuur

- BCPSG (2002). Explicating the implicit: the local level and the microprocessors of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1051-1062.
- BCPSG (2005). The something more than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 693-729.
- BCPSG (2007). The foundational level of psychodynamic meaning: implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 843-860.
- BEEBE, B. & LACHMAN, F. (2002). *Infant research and adult treatment*. New York: Analytic Press.
- CARLSON, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized /disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1970-1979.
- HESSE, E. & MAIN, M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in non-maltreating parents: dissociated, frightened and threatening parental behaviour. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 481-540.
- LIOTTI, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- LIOTTI, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (red.), *Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives* (p. 343-363). Hillsdale NJ: Analytic Press.
- LIOTTI, G. T. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (red.), *Attachment disorganization* (p. 291-317). New York: Guilford Press.
- LYONS-RUTH, K. (2002). Dissociation and the parent-infant dialogue: a longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 884-911.
- LYONS-RUTH, K., DUTRA, L., SCHUDER, M. & BIANCHI, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experience? *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 63-86.
- LYONS-RUTH, K. & SPIELMAN, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25, 318-335.
- LYONS-RUTH, K., YELLIN, C., MELNICK, S. & ATWOOD, G. (2003). Childhood experience of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and Hostile Helpless states of mind on the AAI. *Attachment and human development*, 5, 330-352.
- LYONS-RUTH, K., YELLIN, C., MELNICK, S. & ATWOOD, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states on the Adults Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganisation. *Development and Psychopathology*, 17, 1-23.
- OGAWA, J. R., SROUFE, L. A., WEINFELD, N. S. e.a. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- STERN, D. (1998). The process of therapeutic change: involving implicit knowledge — Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300-308.
- TRONICK, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- TRONICK, E. (1998a). Interventions that effect change in psychotherapy: a model based on infant research. *Infant Mental Health Journal*, 19, 277-279.
- TRONICK, E. (1998b). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19, 290-299.

IJZENDOORN, M. VAN, SCHUENGEL, C.
& BAKERMANS-KRANENBURG, M.
(1999). Disorganized attachment in early

childhood. Meta-analysis of precursors,
concomitants and sequelae. *Development
and Psychopathology*, 11, 225-249.

SUMMARY

Disorganised attachment—From infant research to treatment

Disorganised attachment is a sequel of disrupted mother-infant communication and becomes a disturbed implicit relational model. In the psychoanalytic treatment of patients with these kinds of histories the classic model of defence, conflict and interpretation does not effect sufficient changes. The intersubjective approach of the Boston Change Process Group and Beebe and Lachman's approach of self- and interactive regulation expand the possibility of changing the implicit relational model in an ongoing dialogue and a process of hit, miss and repair.

Key words: disorganised attachment, dissociative disorders, self- and interactive regulation, sloppy process

Noten

- 1 Gehechtheidsstijlen worden gescoord met het Gehechtheidsbiografisch Interview (GBI). Het gaat daarbij niet om de inhoud van de antwoorden, maar om hun vorm.
Een veilige gehechtheidsstijl in het GBI kenmerkt zich door de beschikbaarheid over emotionele herinneringen, een coherent betoog, waarbij de deelnemer blijk geeft zich te realiseren dat een interview een samenwerking is en dat het verhaal dus begrijpelijk, niet te lang en niet te kort moet zijn.
Naast deze veilige gehechtheidsstijl zijn er twee andere die een eenduidige strategie hanteren: daarom worden deze gehechtheidstijlen ook 'georganiseerd' genoemd.
De eerste is de angstige, gereserveerde, vermijdende gehechtheidsstijl. Hierin gebruikt men de strategie van *afkoelen en deactiveren* van gevoelens en herinneringen, merkbaar in het niet meer weten,

het bagatelliseren en het idealiseren van de ouders of de jeugd, zonder onderbouwing. De nadruk ligt op zelfstandigheid en niet-geraakt zijn door eventuele nare gebeurtenissen. De andere georganiseerde strategie is hyperactivatie van de hechting. Het ambivalente-gepreoccupeerde of hyperactiverende vertoog kenmerkt zich door een excessieve verbale productie, vaak woedend, soms ook idealiserend, zonder onderbouwing, met passief en kinderlijk taalgebruik (zinnen die niet afgemaakt worden), veel jargon en het grammaticaal door elkaar heen lopen van zelf en ander in het betoog.
De gedesorganiseerde gehechtheid maakt geen gebruik van een eenduidige strategie: het kenmerk is juist het uit elkaar vallen van de strategie. Bij stress is de behoefte aan een veilige basis bij de ouders verhoogd, maar als de ouders nu net de bron van angst zijn ontstaat een conflict. In de Strange Situation (Vreemde Situatie test) wordt het gedrag

van het kind gecodeerd op verschillende tekenen van desorganisatie, zoals desorientatie, onderwaterbewegingen, op de ouder toekruipen maar halverwege opgeven, wiegen en ander bizar gedrag, zoals stokstijf op schoot blijven zitten, met het gezicht naar de muur gericht blijven. Dit gedrag duurt vaak maar minimomomentjes, soms niet goed waarneembaar met het observerend oog. Pas bij het bekijken van een video-opname wordt het duidelijk. Daarom wordt altijd een best-passende classificatie gegeven voor het gedrag in de rest van de test. Dus bijvoorbeeld 'gedesorganiseerd 'veilig' of 'gedesorganiseerd-ambivalent-gepreoccupeerd'. De categorie 'gedesorganiseerd' wordt ook wel 'angstig-vermijgend genoemd' (fearful-avoidant).

- 2 Beatrice Beebe is een psychoanalytica die evenals Frank Lachman gerekend wordt tot de intersubjectieve school in de psychoanalyse.
- 3 De BCPSG werd opgericht in 1995 en bestaat uit de psychoanalyticus en babyonderzoeker Daniel Stern, de kinderarts Nadia Stern-Bruschweiler, de psychoanalytici Alexander Morgan, Jeremy Nahum en Louis Sander, de psychoanalytica en gehechtheids-onderzoeker Karlen Lyons-Ruth en tot 2005 ook de infantresearcher Edward Tronick (1998a;1998b) en Alexandra Harrison. Het werk van Stern (1998) is algemeen bekend.

Manuscript ontvangen 23 juli 2008

Definitieve versie 16 december 2008