

# Empathie en onveilige gehechtheid, een narratieve benadering<sup>1</sup>

Marijke Baljon en Grieteke Pool\*

## Samenvatting

*Hoewel empathie een belangrijke factor is voor de effectiviteit van psychotherapie, reageren niet alle cliënten zonder meer positief op een empathische, validerende relatie. De gehechtheidstheorie beschrijft hoe onveilige gehechtheid zich kan uiten in fragiele beleving; emotionele ervaringen worden dan zeer heftig beleefd of kunnen maar kort worden vastgehouden. Dit gezichtspunt bepaalt ons erbij dat empathie met beleid dient te worden geuit, afhankelijk van wat de cliënt kan verdragen. In dit artikel beschrijven we processignalen voor drie vormen van onveilige gehechtheid, mede geïnspireerd door de narratieve variant van de emotiegerichte therapie (EFT). Voor deze gehechtheidsstijlen beschrijven we specifieke mogelijkheden voor psychotherapeutische interventies. Een dergelijke behoedzame, deels rationale benadering van innerlijke belevingen kan ertoe bijdragen dat cliënten geleidelijk aan ervaren dat het veilig kan zijn om kwetsbaarheid te beleven en te delen. Deze benaderingswijze wordt geïllustreerd met klinische vignetten.*

Trefwoorden: *empathie, onveilige gehechtheid, emotion-focused, narratieve benadering, affectregulatie*

## Inleiding

Het komt voor dat cliënten afwerend of angstig reageren op expliciete empathie. Bohart e.a. (2002) citeren onderzoek van Beutler, Crago & Arizmendi (1987, p. 279) dat erop wijst dat cliënten die in sterke mate sensitief, achterdochtig, ongemotiveerd en autoriteitsgevoelig overkomen, het relatief slecht doen bij therapeuten die uitgesproken empathisch, betrokken en acceptierend zijn. Mohr & Woodhouse (2001) vonden dat sommige cliënten de voorkeur geven aan meer zakelijke boven warme, empathische therapeuten. Vroeg in hun ontwikkeling getraumatiseerde cliënten

\* Marijke Baljon is werkzaam in eigen praktijk als klinisch psycholoog/psychotherapeut en cliëntgericht opleider, supervisor en leertherapeut. Ze was van 1988 tot 2009 werkzaam bij GGZ Drenthe te Assen, de laatste 7 jaar daarvan op de deeltijdafdeling van het TopReferentTrauma-Centrum.

\* Grieteke Pool is klinisch psycholoog en universitair docent bij de afdeling Health Psychology, Universitair Medisch Centrum Groningen/Rijksuniversiteit Groningen. Tevens is zij werkzaam in eigen praktijk en als cliëntgericht opleider, supervisor en leertherapeut.

kunnen bij emotionele nabijheid zo angstig worden, dat ze empathie en aanvaarding vanuit hun therapeut niet kunnen laten binnenkomen (Baljon, 2012). Het lijkt erop dat om een veilige band te creëren we bij sommige cliënten beter spaarzaam kunnen zijn met het uitdrukken van empathisch begrip en aanwezigheid. Deze observaties lijken in strijd met het cliëntgerichte adagium dat psychotherapie begint met het aangaan van een veilige, warme, empathische relatie. Om dit beter te kunnen begrijpen zijn we te rade gegaan bij de hechtingstheorie. We brengen deze in verband met de cliëntgerichte benadering. In het artikel worden de kenmerken van de verschillende gehechtheidsstijlen behandeld, met aandacht voor processignalen, die tijdens therapie sessies opgemerkt kunnen worden. Daarop volgen aan de hand van concrete voorbeelden opties voor de psychotherapie praktijk.

## Hechtingstheorie en cliëntgerichte psychotherapie

Bowlby (1969, 1973) ontwikkelde in de vijftiger jaren van de vorige eeuw de kern van de hechtingstheorie. Vanuit de gedragsbiologie gezien is voor zoogdieren de relatie met een verzorger essentieel voor de overleving. Als een jong kind zich bedreigd voelt, zoekt het contact met de hechtingsfiguur. Dat vergroot de overlevingskansen. Veilige gehechtheid ontstaat als verzorgers sensitief reageren op signalen van het kind. Dit vormt de basis voor stabiel emotioneel en cognitief functioneren. Als verzorgers onvoldoende in staat zijn om de emotionele belevingen van het kind te containen, ontwikkelt het kind een onveilige gehechtheid. Bowlby (1973) introduceerde het begrip *interne werkmodellen*. Daarmee vroeg hij aandacht voor de binnenwereld die zich bij mensen ontwikkelt op basis van hechtingservaringen. Elk mensenkind ontwikkelt op basis van deze hechtingservaringen emotioneel geladen verwachtingspatronen ten aanzien van belangrijke anderen. De aard van deze interne werkmodellen wordt vooral bepaald door de mate waarin in de vroege jeugd hechtingsfiguren al dan niet emotioneel beschikbaar zijn. Het interne werkmodel bepaalt in sterke mate de gehechtheidsstijl, de manier waarop iemand zich al dan niet openstelt voor emotionele nabijheid. We kunnen het gedrag dat hieruit voortkomt beschouwen als copingstrategieën om enerzijds contact aan te gaan en anderzijds het kwetsbare zelf te beschermen. Inzicht in onveilige gehechtheidsstijlen en de daarmee samenhangende interne werkmodellen kan bijdragen aan onze empathie, doordat we beter begrijpen hoe de binnenwereld van de cliënt ervaren wordt. Dit kan therapeuten helpen om sensitiever te reageren op afwerend gedrag van cliënten bij emotionele nabijheid.

De ontwikkeling van de hechtingstheorie door Bowlby vond ruwweg in dezelfde periode plaats als waarin Rogers (1957) zijn denken over noodzakelijke en voldoende voorwaarden voor therapeutische verandering formuleerde. Bowlby's beschrijving van gedrag van ouders van veilig gehechte kinderen komt sterk overeen met de basiscondities empathie, respect en echtheid. De theorie van waardecondities (*condi-*

tions of worth) zegt in wezen dat als ouders onvoldoende responsief op hun kinderen reageren, deze kinderen voorwaardelijkheid in hun zelfbeleving ontwikkelen: 'ik ben alleen maar oké als ik aan hun verwachtingen voldoe' (Rogers, 1959). Dit komt overeen met een intern werkmodel vanuit de theorie van Bowlby. Bij onveilige gehechtheid kunnen tegenstrijdigheden in de innerlijke werkmodellen met betrekking tot de relatie met belangrijke anderen worden 'opgelost' door afsplitsingen in de zelfbeleving. Mearns en Thorne (2000) spreken in dit verband over *configuraties in het zelf*. In de theorie van het mentaliseren spreekt men van een *vervreemd zelf (alien self)*, waarbinnen zelfervaringen worden gerepresenteerd die niet te verenigen zijn met het oorspronkelijke eigen ervaren (Fonagy e.a., 2002). Dit is te beschouwen als een extreme vorm van de *waardecondities* zoals die beschreven worden in de persoonlijkheidstheorie van Rogers (1959).

## Intermezzo: veilige gehechtheid, mindfulness en verandering

Omdat 'wat goede therapeuten doen analoog is aan wat geslaagde ouders met hun kinderen doen' (Holmes, 2001, p. xi) kunnen studies over de ontwikkeling van gehechtheidsrelaties bij kinderen ons veel leren over wat van belang is in psychotherapie. Uit onderzoek van Bowlby en zijn opvolgers concludeert Wallin (2010, p. 1) 'dat ten eerste 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 de veiligheid van gehechtheid dan de feiten van iemands voorgeschiedenis op zich'. Op basis hiervan formuleert Wallin een model van psychotherapie dat draait om de transformatie van het zelf door middel van een therapeutische relatie, dat goed aansluit bij de cliëntgerichte benadering.

Veilige gehechtheid hangt samen met een reflectieve houding ten aanzien van de innerlijke ervaring. Daarbij wordt het subjectieve karakter van zowel de eigen ervaringswereld als die van de ander in het oog gehouden. Dit vraagt idealiter een welbewust niet-oordelende aandacht voor onze beleving in het actuele moment – dat wil zeggen een houding van mindfulness (Kabat-Zinn, 2005). Wallin (ibid. p. 5) verduidelijkt de verhouding tussen de begrippen gehechtheid en mindfulness met een beeld van vier concentrische cirkels.

De buitenste cirkel staat voor de externe werkelijkheid. Verder naar binnen is er een tweede cirkel, die staat voor de voorstellingen van de werkelijkheid, dat wil zeggen de mentale modellen van voorafgaande ervaringen, waardoor we niet steeds opnieuw het wiel hoeven uit te vinden. Deze interne werkmodellen 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, die staat voor dat deel van onszelf

dat in staat is tot een reflectieve houding ten opzichte van de ervaring – kortweg het ‘reflectieve zelf’. Daarbij stellen we de subjectieve wereld niet gelijk aan de objectieve wereld van de externe werkelijkheid en evenmin ontkennen we de invloed van de externe werkelijkheid op onze subjectieve werkelijkheid. Met een dergelijke houding kunnen we reflecteren over de betekenis van alles wat we ervaren in plaats van deze ervaringswereld kritiekloos te aanvaarden. Dit besef van niet-weten levert ons een belangrijke mate van innerlijke vrijheid op.

De gehechtheidstheorie houdt zich vooral bezig met de elementen waarvoor deze drie cirkels staan: de externe werkelijkheid, de voorstellingen van de werkelijkheid en het reflectieve zelf. Volgens Wallin is er binnen het verhaal van de gehechtheid ook een baan die als een pijl naar een vierde cirkel binnen de andere drie wijst. Deze vierde cirkel vertegenwoordigt wat Wallin het ‘mindful zelf’ noemt. Het lijkt erop dat zowel mindfulness als veilige gehechtheid het vermogen hebben om – zij het langs verschillende wegen – dezelfde waardevolle psychologische hulpbron te genereren, namelijk een geïnternaliseerde veilige basis.

Helaas is er nog een tweede pijl, die dwars door de cirkels heen wijst, namelijk die van trauma. Bij veilige gehechtheid is er vaak meer weerbaarheid en herstelvermogen bij de verstoring van de hechtingsorganisatie door trauma dan bij onveilige gehechtheid. Bij onveilig gehechte mensen is de kans groter dat het gehechtheidsstelsel door trauma gedestruïeerd raakt (Crittenden & Landini, 2011).

Om voldoende containment te kunnen bieden, is voor therapeuten een door mindfulness gekenmerkte houding helpend. Deze bevordert het bewustzijn van het eigen lichaam en het standvastig aanwezig zijn in het actuele moment. Afstemming op de eigen somatische reacties maakt het de therapeut mogelijk non-verbale signalen vanuit de cliënt beter waar te nemen. Daardoor kan hij zich beter afstemmen op de non-verbale uitdrukkingen van de innerlijke toestand van de cliënt. Kortom, veilige innerlijke gesteldheid met betrekking tot gehechtheid, bevordert mindfulness - een houding van acceptatie, niet defensieve openheid en ontvankelijkheid voor de ervaring *zoals die is*. Deze houding kan therapeuten helpen ruimte te maken voor het volledige spectrum van de gevoelens, gedachten en verlangens van cliënten.

Deze gedachtegang sluit aan bij het belang dat binnen het cliëntgerichte denken wordt gehecht aan ‘presentie’ (Geller & Greenberg, 2012). Uit onderzoek door Ryan, Safran, Dran & Muran (2012) blijkt dat mindful aanvaarden door de therapeut aspecten van het effect van psychotherapie voorspelt, waaronder een verbetering van het interpersoonlijk functioneren van de cliënt.

## Affectregulatie en de ontwikkeling van gehechtheidsstrategieën

We keren terug naar de ontwikkeling van veilige en onveilige hechtingsstrategieën vanaf de kindertijd. De kwaliteit van de reactie van de ouder op de affecten van de baby is daarbij van vitaal belang.

In het geval dat de verzorger zijn aandacht afstemt op de affectieve signalen van het kind bevordert dit *veilige hechting*. Als de baby ongelukkig is tracht deze dat te verhelpen. Positieve emoties worden in een speelse interactie bevestigd. Al doende gaat de baby de aanvankelijk willekeurige ervaren emoties associëren met de reactie van de verzorger. Dit heeft als gevolg dat het kind de gehechtheidsrelatie beleeft als een context waarbinnen affecten doeltreffend gereguleerd kunnen worden. Ook ontwikkelt zich een besef dat het zelf geaccepteerd en competent is. Deze kinderen gaan hun eigen gang en zoeken zo nodig troost en steun bij hun verzorger, om daarna opnieuw over te gaan tot zelfstandig exploratiegedrag. Deze hechtingsstijl wordt bij kinderen *veilig* en bij volwassenen *autonoom* genoemd. Deze bevordert een ontwikkeling naar 'vrijheid om contact te maken, te exploreren en te reflecteren' (Wallin, 2010, p.95).

Onveilige hechtingsstrategieën zijn daarentegen een antwoord op verzorgers die onvoldoende in staat zijn om de affecten van de baby interactief te reguleren. Het kind zal dan een gehechtheidsstrategie ontwikkelen, die van *deactivering* of *hyperactivering* van het gehechtheidssysteem getuigt.

Deactivering komt tot ontwikkeling als ouders negatief reageren op de signalen van niet-welbevinden en op het zoeken van nabijheid door het jonge kind. Deze kinderen leren dat er afwijzing volgt op het zoeken van aandacht als ze zich ongelukkig voelen. Door hun emoties te onderdrukken voorkomen ze afwijzing. Zij laten aan de buitenwereld geen stressreactie zien, maar desondanks is er sprake van fysiologische stress, zoals blijkt uit een versnelde hartslag en een verhoogde cortisolspiegel vergelijkbaar met die van bij peuters die wel zichtbaar ontregeld zijn. Deze gehechtheidsstijl wordt bij kinderen *vermijdend* en bij volwassenen *gereserveerd* genoemd. Deze kinderen en volwassenen beleven zichzelf als zelfstandig en sterk, maar tegelijkertijd worden gevoelens van kwetsbaarheid en verlangen afgeweerd. Dit correspondeert met innerlijke ervaringen van leegte en isolement.

Hyperactivering van het gehechtheidssysteem ontwikkelt zich bij kinderen met verzorgers die onvoorspelbaar zijn in de mate waarin ze reageren op de emoties van het kind. Deze kinderen leren dat ze de meeste kans op aandacht hebben als ze veel stampij maken. Ze laten veel emotionele ontregeling zien, zijn vaak boos en moeilijk te troosten. In de volwassenheid worden ze sterk in beslag genomen door hun kwellende problemen met gehechtheidsrelaties. Deze gehechtheidsstijl wordt bij kinderen *ambivalent* en bij volwassenen *gepreoccupeerd* genoemd en correspondeert met een verwarrende binnenwereld. Door de preoccupatie met hechtingfiguren is er 'weinig ruimte voor de eigen psyche' (Wallin, 2010, p.101).

Door Main & Salomon (1990) werd voor een kleine restgroep een patroon beschreven dat ze *gedesorganiseerde* hechting noemden. Deze kinderen vertonen bij stress chaotisch gedrag. Hun strategieën om met stress om te gaan lijken het te begeven. De herinneringsbeelden waarop innerlijke werkmodellen zich ontwikkelen, zijn bij een gedesorganiseerde gehechtheid vooral gebaseerd op de wisselende staat van de ander. Een volwassene die als kind geleerd heeft dat de toestand van de verzorger weinig voorspelbaar is, blijft zeer alert op de toestand van de ander ten koste van aandacht voor de eigen innerlijke beleving. De persoon vindt het daarom moeilijk om zich op de eigen beleving te richten en deze met aandacht vast te houden. Het beleven als zodanig lijkt angst op te roepen en wordt daarom vermeden. Bovendien ervaren zij zichzelf niet als een geïntegreerd fysiek geheel met grenzen. Zo missen ze een gevoel van continuïteit als uitgangspunt voor geïntegreerd handelen. De zelfbeleving wordt bepaald door 'littkens van trauma en verlies' (Wallin, 2010, p.103). Daarom wordt deze gehechtheidsstijl bij volwassenen ook wel aangeduid als *onverwerkt*.

De hierboven beschreven gehechtheidsstijlen komen zelden zuiver voor. Verder is activering van hechtingsgedrag afhankelijk van het stressniveau. Er is ook een benadering van waaruit men liever spreekt van dimensies. Naarmate angst en paniek toenemen, zal er bij veel mensen een zekere mate van deactivering dan wel hyperactivering van emoties plaatsvinden. Een autonome mentale toestand kan dan omslaan in een gereserveerde of een gepreoccupeerde toestand. En deze kan bij extreme paniek omslaan in een gedesorganiseerde mentale toestand (Fonagy, 2001).

## Procesdiagnostiek: narratieve markers van gehechtheidsstijlen

We beschrijven hieronder markers die bruikbaar zijn bij procesdiagnostiek tijdens therapie sessies. Deze zijn deels ontleend aan diagnostische instrumenten die ontwikkeld zijn ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek naar gehechtheidsstijlen en deels aan de literatuur over de narratieve variant van EFT. Zie tabel 1 voor een samenvatting.

Gehechtheidservaringen geven vorm aan de zelfontwikkeling en komen tot uiting in de verhalen die mensen over zichzelf en hun leven vertellen. Van dit laatste wordt systematisch gebruikgemaakt bij het Adult Attachment Interview (AAI), een instrument om de gehechtheid van volwassenen te onderzoeken. Het werd oorspronkelijk ontwikkeld door Main (Main & Goldwyn, 1984) en is later verder ontwikkeld door anderen. In de versie van Hesse (2008) wordt in een semigestructureerd interview naar gehechtheidsrepresentaties het onbewuste verrast door te vragen naar ervaringen met ziekte, pijn, en separatie. De veronderstelling is dat dergelijke vragen het gehechtheidssysteem activeren. De gedachte is dat de manier waarop cliënten hun verhaal vertellen de organisatie van hun innerlijke werkmodellen weerspiegelt. Bij een autonome hechtingsorganisatie past een coherent, geloofwaardig, evenwichtig verhaal, met oog voor de impact op anderen en waar waardering voor de

relatie met ouders uit blijkt. Een gereserveerde gehechtheidsstijl wordt gekenmerkt door een vlakke beschrijving en opvallend weinig herinneringen aan de kindertijd. Het belang van hechtingsrelaties wordt vaak gerelativeerd, terwijl tegelijkertijd de relatie met de ouders wordt geïdealiseerd. De persoon straalt uit dat hij anderen niet nodig heeft en zijn eigen boontjes wel kan doppen. Bij een gepreoccupeerde gehechtheid is de cliënt als volwassene nog steeds verknoopt in de relatie met verzorgers, hetgeen kan blijken uit boosheid op de ouder(s) en een verstrikt raken in details van het eigen verhaal. Bij gedesorganiseerde gehechtheid worden specifieke traumatische ervaringen uit het verleden verteld alsof ze net gebeurd zijn. Het verhaal is vaak onsamenhangend.

Bij interpretatie van het AAI is de linguïstische structuur van het verhaal de basis van classificatie (zie o.a. Hesse, 2008; Crittenden & Landini, 2011). Er wordt niet gescoord op non-verbale signalen. Door hier wel op te letten kunnen belangrijke processignalen opgevangen worden. In twee hieronder besproken benaderingen wordt op stemgebruik en de emotionele kleuring van het verhaal gelet. Ze zijn beschreven voor gebruik tijdens de therapiesessie, dus voor procesdiagnostiek tijdens de behandeling.

Rice en Kerr (1986) deden onderzoek naar het stemgebruik van cliënten. Ze onderscheidden tijdens therapiesessies vier verschillende soorten stemgebruik (*vocal style*), die ze konden koppelen aan onderscheiden ervaringsprocessen bij de cliënt. Wij brengen deze in verband met de vier gehechtheidsstijlen.

Een *gefocust* stemgebruik kan wijzen op een hoog ervaringsniveau. Deze heeft een langzame, aarzelende en zoekende kwaliteit, alsof de cliënten hun weg proberen te vinden in onbekend gebied en daarbij nieuwe belevingen ontdekken. In termen van gehechtheidsstijl past dit bij een autonome mentale toestand.

Een *externaliserend* stemgebruik wijst op een relatief laag ervaringsniveau. De stem klinkt vaak verongelijkt, alsof de cliënt een verhaal vertelt dat bekend en afgezaagd is. Dit past bij een gepreoccupeerde mentale toestand.

Ook bij een *eentonig* stemgebruik is er vaak sprake van een laag ervaringsniveau. Het klinkt alsof cliënten zich proberen te distantiëren van hetgeen ze vertellen. Dit correspondeert met een gereserveerde mentale toestand.

Een *emotioneel* stemgebruik betreft een patroon waarbij het verhaal wordt verstoord of onderbroken door uitbarstingen van emoties, zoals wanneer iemand probeert te praten terwijl hij tegelijkertijd zijn huilen of lachen niet in kan houden. Dit correspondeert met een onverwerkte mentale toestand.

De narratieve benadering binnen EFT (Angus & Greenberg, 2011) past een linguïstische analyse toe op de verhalen die cliënten tijdens therapiesessies vertellen, waarbij ze deze integreren met de non-verbale processignalen, waaronder de hierboven beschreven vocale stijlen. Ze beschrijven verschillende problematische typen narratieven, die we in verband kunnen brengen met hechtingsstijlen. Voor elk type wordt hieronder besproken hoe de therapeut deze typen kan onderkennen (*cliënt markers*) en welke interventiestrategie erbij past.

De term *same old story* wordt gebruikt voor veralgemeniserende verhalen over interactiepatronen en emotionele toestanden, die steeds weer op niets uitlopen. Dit past bij een gepreoccupeerde gehechtheidsstijl. Om cliënten te helpen uit dit uitzichtloze patroon te komen, streeft de EFT-therapeut ernaar om specifieke, emotioneel levendige autobiografische herinneringen naar voren te halen. Het doel is om essentiële maladaptieve emotieschema's te expliciteren die ten grondslag liggen aan het script van het oude bekende verhaal. Vervolgens helpt de therapeut om de betekenis van deze specifieke gebeurtenis te herzien, waardoor er een nieuwe verhaallijn ontstaat met de cliënt als actieve hoofdpersoon.

Met *empty stories* wordt bedoeld op verhalen zonder de bijpassende emotie. Het verhaal wordt verteld alsof de cliënt een onverschillige buitenstaander is en zonder dat de betekenis van het verhaal duidelijk wordt. Hier herkennen we een gereserveerde gehechtheidsstijl in. De taak van de therapeut is hier om de passende emoties voelbaar te maken voor de cliënt. Daartoe kan hij zijn eigen beleving gebruiken of evocatieve interventies toepassen.

Ten slotte worden er twee typen narratieven beschreven die passen bij een gedesorganiseerde hechting. De term *unstoried emotions* wordt gebruikt voor emotionele uitingen die niet zijn ingebed in een narratieve context. Voorbeelden zijn: ongereguleerde emoties, onvermogen om een specifieke oorzaak of context van de emotie te identificeren, het geen idee hebben van de betekenis van de emotionele toestand. De therapeut valideert de emotionele toestand van de cliënt en probeert vervolgens gezamenlijk de context en betekenis van de emoties te reconstrueren.

*Broken stories* zijn narratieven met tegenstrijdige verhaallijnen. Er ligt vaak trauma aan ten grondslag. Er worden twee subtypen onderscheiden: emotionele incoherentie en narratieve incoherentie. Markers voor emotionele incoherentie zijn: een dominante verhaallijn die doorbroken wordt door actuele of gevreesde gebeurtenissen. Er is innerlijke strijd, onbegrip, verwarring, de cliënt is in de war over traumatische herinneringen. Er wordt gesproken van narratieve incoherentie als het verhaal van de cliënt gefragmenteerd of anderszins onduidelijk is en moeilijk te volgen.

## Hechtheidsstijlen en psychotherapie

Trijsburg (2007) beschrijft onderzoek naar de gevolgen van de gehechtheidsstijl voor een psychotherapeutische behandeling. Daaruit blijkt dat bij een gepreoccupeerde gehechtheid veel minder en ook minder duidelijke doelstellingen worden geformuleerd dan bij de andere gehechtheidsstijlen. Bij de vermijdende gehechtheid worden er vooral praktische en klachtgerichte doelen gesteld en wordt er ook vaker gedacht aan een verwijzing. Bij de veilige gehechtheid vond hij meer op inzicht georiënteerde therapiedoelen. De gehechtheidsstijl van de cliënt heeft dus een duidelijke invloed op het verloop van de therapie. Deze onderzoeksresultaten suggereren dat onveilig



Tabel 1 Narratieve aspecten van gehechtheidsstijlen

Kinderen	Volwassenen	Narratief	Stemgebruik	Interventies
Veilig	Autonoom	Coherent, vanuit de beleving	Rustig, geconcentreerd, zoekend	Empathie: volgend
Vermijdend	Gereserveerd	Leeg verhaal	Eentonig, saai, dun	Empathie: exact, sober aansluiten Psycho-educatie Evocatieve reflectie
Ambivalent	Gepreoccupeerd	Bekend oud verhaal	Externaliserend, scherp	Empathie: validerend Structureer het verhaal Vraag een specifiek voorbeeld
Gedesorganiseerd	Onverwerkt	Emoties zonder verhaal. Incoherent, verbrokkeld	Emotioneel, sterk wisselend, niet altijd invoelbaar	Wees voorspelbaar Leg uit en structureer Benoem emoties en intenties

gehechte cliënten vaak niet behandeld worden voor de kern van hun problemen, en dus door hun therapeuten opnieuw verwaarloosd worden.

Dozier en Bates (2004) concluderen op basis van onderzoek naar de relatie tussen gehechtheidsstijlen van cliënten en therapeuten dat therapeuten met een veilige gehechtheidsstijl spontaan meer adequate interventies doen in relatie tot de gehechtheidsstijl van cliënten. Zij dagen cliënten met een gereserveerde gehechtheidsstijl meer uit, terwijl zij cliënten met een gepreoccupeerde gehechtheidsstijl meer structuur bieden.

In de psychotherapieliteratuur wordt vooral aandacht besteed aan de gedesorgerende hechting, omdat deze lijkt te predisponeren tot een borderline-ontwikkeling in de persoonlijkheid (Fonagy e.a. 1995). Het is de moeite waard om ook de invloed van de andere onveilige hechtingsstijlen, die vaker voorkomen, te onderzoeken. De in de inleiding genoemde observaties dat sommige cliënten negatief kunnen reageren op empathie, zou kunnen wijzen op een onveilige hechtingsstijl. Warners (2000, p. 150) beschrijving van het *fragiele proces* doet hier ook aan denken: 'Clients who have a fragile style of processing tend to experience core issues at very low or very high levels of intensity. They tend to have difficulty taking in the point of view of another person while remaining in contact with such experience'.

Aan de hand van vignetten bespreken we hieronder hoe een cliëntgerichte benadering in kan spelen op de beschreven onveilige gehechtheidsstijlen.

### Vermijdende gehechtheidsstijl

Vermijdend gehechte cliënten kunnen emoties maar vluchtig ervaren. In plaats daarvan is er vaak wel een diffuus gevoel van onlust en een gedrukte stemming. Warner (2000, p.152-53) beschrijft hun beleving als volgt: ‘Clients with low-intensity fragile process are likely to have difficulty becoming aware of or taking their personal reactions seriously. When they do express reactions they often do so in subtle and indirect ways. They are likely to feel rebuffed and withdraw personal connection before others are aware that a serious issue was involved.’

Wallin (2010, p.334) geeft hiervan een voorbeeld uit de psychotherapie met Eliot, een man met een overwegend vermijdende gehechtheidsstijl:

“Toen we tijdens een recente sessie zijn neiging om zich af te zonderen van zijn vrouw bespraken, geeuwde hij. En hij geeuwde nogmaals. Ik zei: “Je zit nu te gapen. Misschien heeft dit er iets mee te maken. Heb je misschien een idee wat je hierbij voelt? Of wat je misschien niet wilt voelen?” Eliot zei na een langdurige stilte: “Ik voel me afgemat.” “Heb je enig idee wat dat afgematte gevoel zou kunnen zijn?” Eliot regeerde niet, maar leek wel een beetje boos. Toen ik hem vroeg wat er aan de hand was, zei hij: “Het beviel me niet dat je me die vraag stelde. Alsof je me wilde manipuleren, alsof je me tot iets anders wilde verlokken. Net of je een eigen agenda had.”

Dit is een voorbeeld van een leeg verhaal. De therapeut is geduldig en blijft in zijn reflecties dichtbij de direct waarneembare (lichamelijke) beleving van de cliënt. Zoals Warner (ibid p.153) opmerkt : ‘Effective therapy with fragile process requires high quality listening skills. Clients typically need more than an accepting presence. They need to know that their experience has been understood with exactness and sensitivity as to its emotional vulnerability.’

#### Box 1

Interventies bij vermijdende gehechtheidsstijl.

- Psycho-educatie over verband tussen stress, lichaamssensaties en gevoelens.
- Sober aansluiten bij het verhaal van de cliënt.
- Lichaamsreacties die bij de cliënt worden waargenomen, neutraal benoemen.
- Gevoelswoorden die cliënt noemt, exact herhalen.
- Evocatieve interventies, bij gebeurtenissen die onderkoeld worden verteld.

Amy<sup>2</sup> is 25 jaar, als ze in cliëntgerichte therapie komt vanwege sociale angsten, waardoor ze een zeer geïsoleerd bestaan leidt. Ze heeft cognitieve gedragstherapie gevolgd, waardoor haar angst voldoende is afgenomen om contacten met vriendinnen te onderhouden en vrijwilligerswerk te gaan doen. Ze wil nu cliëntgerichte therapie om haar zelfbeeld te verbeteren en zich vrijer te gaan voelen. In de eerste gesprekken is ze zeer afwachtend. De moedeloosheid hangt in de kamer en haar psychotherapeute merkt dat haar aandacht dreigt af te dwalen. Als ze

Amy vraagt hoe ze dingen beleeft, noemt deze vooral angst voor wat anderen van haar denken. Bij doorvragen naar haar eigen beleving blijkt dat ze zich vaak afvraagt of ze niet verkeerd denkt. Enerzijds trekt ze zich in sociale situaties het liefst terug, anderzijds voelt ze zich verongelijkt, omdat ze niet gezien wordt. Omdat de gevoelsbeleving uiterst fragiel is, geeft de psychotherapeut haar psycho-educatie over het belang van voelen bij het ontwikkelen van eigen identiteit. Ook wordt er in de therapie concreet bij stilgestaan hoe ze zich in sociale situaties meer kan laten zien en horen. Een en ander heeft tot gevolg dat ze kans ziet een werkervaringsplek voor een halfjaar te vinden die aansluit bij haar opleiding. Tegen het eind daarvan neemt de psychotherapeute onder andere met haar door hoe ze met het afscheid om zou kunnen gaan. De volgende sessie begint als volgt:

T1: 'En, hoe ging het afscheid ...'

C1: 'Nou, twee dagen ervoor had ik het evaluatiegesprek met de coach en dat ging heel raar ...'

T2: 'Raar ...? Vertel eens ...'

C2: 'Ze vroeg wat ik geleerd had. Ik vertelde dat ik de gesprekken met cliënten aangedurfd had en dat dat best goed ging. Toen ging zij vertellen dat zij vond dat ik dat helemaal niet goed deed en dat ik nog veel te leren had ...'

T3: 'Was dat eerder aan de orde geweest als een leerpunt?'

C3: 'Nee ...'

T4: (verbijsterd) 'Wil je zeggen dat ze in het eindgesprek met een geheel nieuw kritiekpunt kwam?'

C4: 'Ja, daar heeft ze het nooit met me over gehad ...'

T5: 'Hoe voel je je als je daar nu weer aan denkt?'

C5: 'Klein ...'

T6: 'Nog meer ???'

C6: 'Onrustig ... ook wel wat boos ...'

T7: 'Voel je dat ergens in je lichaam?'

C7: (denkt even na) 'Ik voel wel iets van wegduwen ...'

T8: (maakt wegduwbeweging met de handen) 'Zo??'

C8: 'Ja'

T9: 'Wat zou je daarbij willen zeggen ...'

C9: 'Iets van: ga weg ...'

Ook dit is een duidelijk voorbeeld van een leeg verhaal. Weliswaar is Amy na negen maanden cliëntgerichte psychotherapie in staat is om gevoelens te ervaren en te benoemen, maar dat is nog vluchtig. De psychotherapeut vraagt gericht door en evoceert de beleving door in T4 haar eigen beleving duidelijk door te laten klinken en in T8 zelf de beweging te maken, die ze bij Amy vermoedt. Het gesprek gaat nog niet stromen, de psychotherapeut houdt het aan de gang. Af en toe probeert ze het initiatief bij Amy te laten, maar dan ontstaat er meestal een onproductieve stilte.

Bij evaluatie vertelt Amy dat ze er vooral veel aan heeft als dagelijkse problemen op deze manier doorgenomen worden. Het helpt haar om kleine stappen te zetten, die ze voorheen niet aandurfde door haar sociale angsten.

### **Onveilige gepreoccupeerde gehechtheidsstijl**

Cliënten met een gepreoccupeerde gehechtheidsstijl laten juist veel affect zien. Om contact te maken is het nodig om hen nadrukkelijk daarin te bevestigen. Ze brengen ook vaak een wirwar aan problemen in. Regelmatig samenvatten is dan een nuttige interventie om meer structuur te brengen in hun verhaal. Bij deze samenvattingen is het van essentieel belang om aan te sluiten bij de gevoelsbeleving van de cliënt. Tegelijkertijd hebben deze cliënten de neiging om de oorzaak van de problemen buiten zichzelf te plaatsen. Het is vaak een hele kunst om de cliënt meer bij zichzelf te bepalen. Als voorbeeld enkele passages uit het eerste gesprek met een jonge vrouw, die we Judith noemen<sup>3</sup>:

C1: 'Het gaat helemaal niet goed ... en ja wat het belangrijkste is dat het ... uh ... op dit moment helemaal niet goed gaat met mijn moeder en dat ik enorm kwaad ben eigenlijk dat niemand haar komt helpen. Uhm ... ze is heel somber en ... uh ... ik ben bang dat ze zichzelf wat aandoet en ik word er helemaal gek van.'

T1: 'Ik hoor vooral je machteloosheid: wat moet ik in godsnaam doen in een situatie waar ik niet uitkom ...?'

C2: 'Ja kijk, het speelt al heel erg lang. Het gaat eigenlijk al vanaf dat ik een klein kind ben ... gaat het gewoon niet goed met haar en ze heeft heel veel sombere periodes en ... ik kan haar gewoon niet helpen!'

T2: 'Er is van alles niet goed, het zit je hoog, ik zie aan je hoe radeloos je bent. Het is een rode draad die al door je hele leven loopt. En het gaat over je moeder en jou ...'

C3: 'Ja, dat is wel het belangrijkste. Ja, het gaat ook wel niet goed met mij, maar ...'

T3: 'Je bedoelt: Wat moet ik met moeder aan? Dat is ook bijna alsof ... Hoe gaat het nou eigenlijk met mij ... wat op de achtergrond blijft.'

C4: 'Ja ... kijk ... zij heeft niemand behalve mij dan eigenlijk ... ik heb altijd geprobeerd haar te helpen en ja ... dat wil gewoon niet meer.'

T4: 'Wil niet meer .... Bedoel je: ik faal zo? Het lukt me niet om moeders toestand in goede banen te leiden?'

C5: 'Nou ik ben gewoon bang dat ... dat ze ... ja ... zichzelf ook echt wat aandoet. In het verleden ... heeft ze ...'

T5: 'Wacht even ... Je zegt dat zo in een bijzin, is dat wat jou op het moment zo bij de keel grijpt? ... Gaat ze zich iets aandoen?'

C6: 'Ja, daar ben ik wel bang voor ... als ze het echt doet ... dan wil ik gewoon niet meer ...'

T6: 'Heb je dat wel eens door je heen laten gaan? Wat wordt er van mij als moeder zich van kant maakt?'

C7: 'Nou dan voel ik me echt heel erg schuldig.'

T7: 'Het is al een leven lang een probleem, begrijp ik. Moeder in leven houden, moeder zo goed mogelijk gelukkig houden.'

C8: 'Soms word ik echt helemaal gek van zo'n moeder. Soms is ze zo gemeen!'

T8: 'Zo gemeen?'

C9: 'Nou ... dat ze nooit ... ik ben nooit in staat geweest om mijn eigen leven te leiden, om ...'

T9: 'Het zijn twee dingen, die als ik het goed begrijp door elkaar spelen in het hier en nu: waarin je moeder nu suïcider is dan anders, dat het gevaar heel erg dichtbij komt. En daar is het gevoel dat je ook misschien af en toe hebt, van wat is er in vredesnaam van mij geworden. Hoe moet het verder met mij?'

Judith begint met een bekend oud verhaal over haar moeder. De therapeut brengt daar, door samen te vatten, meer structuur in aan. Daarnaast doet hij al vanaf T2 moeite om een nieuw element in te brengen door Judith stil te laten staan bij haar eigen situatie en behoeften. Hij combineert dat steeds met validerende interventies ten aanzien van haar zorg voor moeder. Als hij dat niet zou doen, zou hij het contact met haar verliezen.

Aan het eind van dit eerste gesprek vraagt de therapeut wat Judith van dit gesprek gevonden heeft.

C10: 'Nou ja, ik vond het prettig. Mijn gedachten zitten ook zo aan elkaar ofzo. Voor mij is het gewoon een groot probleem. Ik zie nu ook wel in dat het toch ook wel ... meer kanten heeft ofzo. Dat vind ik wel prettig.'

T10: 'Vind je het ook prettig, als ik zeg ... toen begon je ook te lachen ... dat ik het ook echt ernstig vond? Dat je eigenlijk op een keerpunt in je leven staat ...?'

C11: 'Ja, ik vind het eigenlijk wel raar om te horen ofzo. Ik heb ook het gevoel dat ik altijd moet vechten. Mensen zeggen tegen me van "Laat toch; je moeder is je moeder en jij bent jij. Ga je eigen gang!" Maar ik probeer steeds duidelijk te maken dat dat niet zo eenvoudig is. Ik ben haar dochter en die band is er. En als ik dan ... ik ben het gewoon niet gewend, dat iemand zegt van "Dit is gewoon een moeilijke situatie!"'

Emotionele momenten wijzen er vaak op dat er bij cliënt iets belangrijks geraakt wordt. Dat is de reden dat de therapeut in T10 specifiek doorvraagt naar een moment waarop Judith zenuwachtig begon te lachen. Uit C11 blijkt dat deze vorm van gespreksvoering Judith helpt om haar problemen te verduidelijken en dat ze zich er door serieus genomen voelt. Hiermee is een basis voor een therapeutische relatie gelegd.

**Box 2**

Interventies bij gepreoccupeerde hechtingsstijl.

- Steun en structuur bieden.
- Regelmatig samenvatten wat de cliënt vertelt.
- Daarbij het verhaal terugvoeren naar de beleving vanuit de cliënt.
- Valideren.
- Bij gevoelsreflecties de emotionele lading wat afzwakken.

**Gedesorganiseerde gehechtheidsstijl**

Bij gedesorganiseerd gehechte cliënten luistert de empathische afstemming bijzonder nauw. De therapeut neemt een ouderlijke houding aan, gericht op steun en uitleg, wanneer de zelfregulatie van de cliënt tekortschiet. In onderstaand voorbeeld<sup>4</sup> wordt bovenstaande benadering geïllustreerd. Tevens wordt getoond hoe ingewikkeld die kan zijn. Het speelt zich af in een dagbehandelingsprogramma van drie dagen per week, waar seksespecifieke hulpverlening voor vroeg getraumatiseerde vrouwen wordt geboden.

Magda is een 40-jarige alleenstaande moeder met twee kinderen. Haar leven wordt gekenmerkt door veel verlatingen. Ze is daarnaast als kind misbruikt door haar stiefvader. Haar puberteit bracht ze door in drie verschillende kinderverhuizen, waar ze slechts fragmentarische herinneringen aan heeft. De dagbehandeling heeft een stormachtig karakter, maar na elke crisis kunnen we opnieuw contact met haar maken en zet ze de behandeling voort. Ze volgt een jaar het stabilisatieprogramma en na een time-out het programma gericht op traumaverwerking. In de zevende maand van deze laatste behandeling doet zich het volgende voor:

Op dinsdag in de PMT (psychomotorische therapie) bij de overgang van de warming-up naar de activiteit rond het thema 'Ik en mijn lichaam' vraagt Magda aan de therapeuten om haar uit te leggen waarom zij een bepaald werkpunt heeft gekozen voor deze periode binnen de PMT. De therapeuten voelen zich aangevallen door de toon waarop ze dit vraagt. Een van hen antwoordt: 'Wat bedoel je ...', waarop Magda in huilen uitbarst. Nu begrijpen de therapeuten het helemaal niet meer. Ze stellen vragen aan Magda, die daardoor nog meer in verwarring raakt en naar de kleedkamer vlucht. Een van de PMT'ers vertelt me na afloop dat ze de innerlijke verwarring van Magda bijna tastbaar in zichzelf waar kon nemen.

Later die dag bespreken we in het team hoe we dit kunnen begrijpen. Onze hypothese is dat het thema 'ik en mijn lichaam' erg angstig maakt. Magda vlucht vooruit door tegenover de therapeuten in de aanval te gaan over haar werkpunt. Een spiegelende interventie van de therapeuten zou geweest kunnen zijn: 'Ik zie dat je de grote lijn kwijt bent en je afvraagt waar je nu aan kunt gaan werken. Laten we er samen over nadenken wat je nu kan helpen.'

Woensdag is er geen therapie. Donderdagmorgen is Magda in de groepstherapieën opnieuw erg onrustig en komt tot niets. Als in de sociale vaardigheidstraining de therapeut haar erbij probeert te betrekken, zegt ze dat ze weg wil. De medegroepsleden reageren geërgerd: 'Ze laat het er weer bij zitten.' Ik ben haar psychotherapeut en heb even tijd voor een kort individueel gesprek. Daarbij blijkt dat Magda zich afgewezen voelt, omdat steeds als ze aangeeft wat ze nodig heeft daar niet op wordt ingegaan. Bij de PMT had ze bijvoorbeeld aangegeven dat ze individueel iets wilde uitwerken, bij andere therapieën was een nieuw groepslid op de plaats gaan zitten die ze als de hare beschouwt. Ze herhaalt een paar keer: 'Ik zie het niet meer zitten, ik wil naar huis.' Ik spiegel haar dat ze kennelijk op een moeilijk moment is in haar behandeling, waarin ze voor de keus staat om verder te groeien door meer aandacht te vragen voor haar kwetsbare kanten of toe te geven aan de angst en het erbij te laten zitten. Ik stel haar voor om nu eerst een halfuurtje te gaan wandelen en daarna te besluiten of ze alsnog naar huis gaat of blijft voor de lunch en de afsluiting. Magda gaat daarmee akkoord en zal om één uur, vlak voor de afsluiting, komen zeggen wat ze zal doen. In de middagpauze spreek ik de PMT'er die zegt niet gemerkt te hebben dat Magda aandacht vroeg voor een individueel werkpunt. We komen tot de hypothese dat Magda experimenteert met nieuw gedrag door haar behoefte te uiten. Dat doet ze echter zo bescheiden, dat ze niet gehoord wordt. Vervolgens wordt ze bang, omdat ze zich kwetsbaar heeft opgesteld en verwacht dat daar net als vroeger misbruik van gemaakt zal worden.

Magda is keurig op tijd en zegt dat ze tijdens de lunch heeft proberen te voelen of ze in de groep wou blijven of niet. Ze komt er niet uit. De psychotherapeut legt bovenstaande hypothese aan haar voor. Die herkent ze direct. Ze blijft echter bij haar besluit naar huis te gaan. Ik vraag haar hoe ik aan de groep zal vertellen dat Magda niet bij de afsluiting zal zijn.

Magda denkt even na: 'Dat kan ik geloof ik dan toch maar beter zelf doen.'

Ik: 'Dat heeft natuurlijk mijn voorkeur. Wat zou je dan willen zeggen?'

Magda: 'Dat het probleem in mij zit, niet in de medegroepsleden die op mijn plaats zijn gaan zitten. En dat het me nu even te veel is en dat ik over het weekend rustig na wil denken of ik verder kan met de groep.'

Aanvankelijk is er binnen de PMT sprake van *unstoried emotions*. Later komt er in gesprek met haar psychotherapeut een *broken story* naar voren, die geleidelijk aan coherenter wordt. De teamleden helpen elkaar om voldoende *mindful* te blijven om de verwarrende ervaringen van Magda te kunnen containen. Het team probeert plaatsvervangend betekenis te geven aan de verwarrende ervaringen van Magda. Deze betekenissen worden neutraal aan haar voorgelegd, zodat ze die zelf kan toetsen aan haar innerlijke ervaring. Als ze datgene wat haar gespiegeld wordt herkent, geeft dat haar meer duidelijkheid over haar eigen beleving en tevens een versterking daarvan. Door dit soort ervaringen in de tijd steeds weer te herhalen, groeit er in haar een meer coherente zelfbeleving. We zien bijvoorbeeld dat ze tijdens haar denkpaauze in staat is na te denken over haar eigen behoeften en kan verdragen dat ze er niet uit komt.


Ook blijkt ze daarna voldoende continuïteit in de tijd te ervaren om de beslissing uit te stellen tot na het weekend. Deze werkwijze vraagt van de therapeuten dat ze in staat zijn om af te zien van directief handelen, beschikbaar zijn om mee te denken en de cliënt het vertrouwen geven dat ze er zelf uit kan komen.

### Box 3

Interventies bij gedesorganiseerde hechtingsstijl.

- Steun en uitleg geven bij alles wat je doet.
- Hardop denken over wat er in de cliënt zou kunnen omgaan.
- Alles wat de cliënt kenbaar maakt valideren.
- Waar mogelijk de cliënt laten bepalen waar over gesproken wordt.
- Duidelijk communiceren over grenzen en regels.
- Bij echtheid goed markeren welke beleving van de therapeut is en welke van de cliënt.

## Conclusie

Inzichten uit de hechtingstheorie maken begrijpelijk hoe onveilige gehechtheid kan leiden tot een fragiel beleven. Emotionele belevingen zijn angstwekkend als er geen innerlijk model is van een containende, troostende ander. Een psychotherapeut die empathisch begrip toont voor angstige belevingen kan daardoor ongewild de angst vergroten. Door in dit soort situaties aandacht te schenken aan de aard van (non-) verbale signalen, kan de therapeut processignalen opmerken die verwijzen naar wat er nodig is bij deze specifieke onveilige gehechtheid. Vervolgens kan een behoedzame, deels rationele benadering van de innerlijke belevingen helpen om de cliënt geleidelijk aan te laten ervaren dat het veilig kan zijn om kwetsbaarheid te beleven en te tonen in contact met een ander. In kleine stappen kan zo het contact met het eigen (lichamelijk) ervaren hersteld worden. Inzichten vanuit de hechtingstheorie kunnen zo bezien een basis bieden voor een gedifferentieerd benaderen van cliënten met interactionele problemen. Ze helpen ons om te begrijpen waarom cliënten op nabijheid en begrip afwerend kunnen reageren. Dit kan een diepere vorm van empathie bevorderen en ons  geduld schenken om de cliënt in zijn eigen tempo vertrouwen te laten ontwikkelen.

## Noten

- 1 Dit artikel is een bewerking van Baljon, M.C. L. & Pool, G. (2013). Hedgehogs in therapy. Empathy and insecure attachment in Emotion Focused Therapy, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 12-2, 112–125.
- 2 Voorbeeld ontleend aan Baljon (2009).
- 3 Voorbeeld ontleend aan Baljon (2009).
- 4 Voorbeeld ontleend aan Baljon (2012).



## Correspondentieadres

therapie@marijkebaljon.nl

## Literatuur

- Angus, L.E. & Greenberg, L.S. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy*. Washington DC: APA.
- Baljon, M.C.L. (2009). Faciliterende interventies. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels & W. Trijsburg. *Leerboek psychotherapie* (pp. 425-435). Utrecht: De Tijdstroom.
- Baljon, M.C.L. (2012). Het verwonde zelf in relatie. Cliëntgerichte psychotherapie bij vroeg getraumatiseerde cliënten. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 50(1), 22-33.
- Baljon, M.C. L. & Pool, G. (2013). Hedgehogs in therapy. Empathy and insecure attachment in Emotion Focused Therapy, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(2), 112-125.
- Beutler, L.E., Crago, M., & Arizmendi, T.G. (1986). Research on therapist variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds.) *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3<sup>th</sup> ed.) (pp. 257-310). New York: Wiley.
- Bohart, A.C., Elliott, E., Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (2002). Empathy. In J.C. Norcross (red.). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Love, Vol. 1*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Love, Vol. 2*. London: Hogarth Press.
- Crittenden, P.M. & Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic-maturational approach to discourse analysis*. New York/London: Norton.
- Dozier, M. & Bates, B.C. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.). *Attachment issues in psychopathology and intervention*. London: Lawrence Erlbaum Ass.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, Kennedy, T.R., Mattoon, G. & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states. The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir & I. Kerr (eds.) *Attachment theory, social, developmental and clinical perspectives* (pp. 233-278). Hillsdale New York/London: The Analytic Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of self*. London/New York: Other Press.
- Fonagy, P. (2001). The human genome and the representational world: The role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretative mechanism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 427-448.
- Geller, S.M. & Greenberg, L.S. (2012). *Therapeutic presence. A mindful approach to effective therapy*. Washington D.C.: APA.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 552-598). New York: Guilford Press.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Handboek meditatief ontspannen. Effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress*. Haarlem: Altamira-Becht.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1984). *Adult attachment scoring and classification system*. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.
- Main, M., & Salomon, J. (1990). Procedures for indentifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicche, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the pre-school years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-centred therapy today: new frontiers in theory and practice*. London: Sage.

- Mohr, J.J., & Woodhouse, S.S. (2001). Looking inside the therapeutic alliance: Assessing clients' visions of helpful and harmful psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 36, 15-16.
- Rice, L.N. & Kerr, G. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.). *Psychology, a study of science*. Vol 3. (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Ryan, A., Safran, J.D., Dran, J.M., & Muran, J.C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22, 289-297.
- Trijsburg, R.W. (2007). Interventies en interacties in de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 398-414.
- Wallin, D.J. (2010). *Gehechtheid in psychotherapie*. Amsterdam: Nieuwezijds. Vertaling van *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press, 2007.
- Warner, M. (2000). Person-centred therapy at the difficult edge: A developmental based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne (2000) *Person-centred therapy today: new frontiers in theory and practice*. London: Sage.