

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

Gehechtheid voor (cognitieve) gedragstherapeuten

Van het ‘vage’-vuur naar een belangrijke
component van succesvolle behandeling?

GUY BOSMANS, CAROLINE BRAET & RUDI DE RAEDT

Samenvatting

Ondanks het succes van (cognitieve) gedragstherapie kan men zich bij het behandelen van kinderen en jongeren (en bij uitbreiding ook van volwassenen) de vraag stellen of de focus op het gedrag of op de maladaptieve schema's van de individuele cliënt er niet voor zorgt dat gedragstherapie soms te weinig rekening houdt met ongunstige relationele ervaringen die ten grondslag kunnen liggen aan de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen. Dit themanummer van het *Tijdschrift voor Gedragstherapie* heeft als doel om vanuit de gehechtheidstheorie te illustreren hoe (gebrek aan) vertrouwen in de beschikbaarheid van ondersteuning en zorg een belangrijk centraal thema is voor zowel het begrijpen van het ontstaan van gedrags- en emotionele problemen als voor de behandeling van deze problemen. Dit inleidende artikel heeft als doel om een theoretisch kader te schetsen om aan te tonen dat de gehechtheidstheorie een meerwaarde kan hebben voor bestaande (cognitief-)gedragstherapeutische behandelingen van kinderen en jongeren (en volwassenen).

Trefwoorden: gehechtheid, gedragstherapie, kinderen, jongeren, familie, transdiagnostisch proces

INLEIDING

Gedragstherapie (GT) is een van de best onderbouwde en meest bestudeerde therapeutische modellen. Jaren van onderzoek naar de effectiviteit van GT geven aan dat het vertrouwen in deze therapie terecht is, en dat gedrags- en

emotionele problemen significant verbeteren na GT, zowel bij de behandeling van kinderen als jongeren. Desondanks is GT een therapeutisch model dat constant in beweging is, op zoek naar nieuwe inzichten over hoe gedrags- en emotionele problemen ontstaan, hoe ze zich verder ontwikkelen, en waarom ze soms moeilijk te behandelen zijn. Gedurende de voorbije decennia is de GT zich blijven ontwikkelen in zogenaamde 'golven' (Bosmans & Braet, 2013). De eerste golf was gericht op het behandelen van het overte gedrag (bijvoorbeeld: Wolpe, 1969). De tweede golf zorgde voor de erkenning van het belang van cognities en schema's in het ontstaan en de behandeling van gedrags- en emotionele problemen (Beck, 1964; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). De derde golf breidde de focus van de gedragstherapie verder uit naar negatieve emoties en de maladaptieve emotieregulatiestrategieën die mensen kwetsbaar maken om problemen te ontwikkelen (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

De kracht van GT schuilt in het feit dat al deze ontwikkelingen gestoeld zijn op wetenschappelijke evidentie over de rol die deze factoren (zoals cognities en emotieregulatie) spelen in de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen, en omdat ze gestoeld zijn op wetenschappelijke evidentie dat het behandelen van die factoren leidt tot effectieve therapie. Met andere woorden, GT stond steeds open voor het uitbreiden van haar begrippen- en behandelkader, als dat maar gesteund werd door kwaliteitsvol onderzoek. Al deze ontwikkelingen hadden dan ook als gevolg dat GT een steeds helderder en meer alomvattend therapeutisch model werd. Bovendien heeft deze basishouding binnen de GT als gevolg dat de therapie steeds in ontwikkeling blijft. Een voorbeeld daarvan zijn de nieuwe ontwikkelingen om het therapeutische effect van GT-interventietechnieken te stimuleren met behulp van medicatie (bijvoorbeeld: Hofmann et al., 2006).

In lijn met die traditie zijn therapeuten en onderzoekers de laatste jaren erg begaan geweest met de soms beperkte effectiviteit van bestaande behandelprogramma's die ontwikkeld zijn voor kinderen en jongeren. Gedrags- en emotionele problemen in deze leeftijdsgroep worden veelal behandeld door het vergroten van vaardigheden bij de aangemelde kinderen en jongeren. Zonder exhaustief te willen zijn, denken we hierbij aan: het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden, het in twijfel leren stellen van niet-helpe gedachten, relaxatietechnieken aanleren, of het leren aanvaarden van negatieve emoties. Anderzijds worden de ouders (of andere primaire zorgfiguren) vaak betrokken in mediatietherapie, waarbij ouders psycho-educatie krijgen, generieke opvoedingsvaardigheden aanleren, of waarbij ouders leren om op de specifieke problematiek van hun kind op een aangepaste manier te reageren (voor een overzicht, zie bijvoorbeeld: Braet & Bögels, 2014).

Hoewel onderzoek naar deze behandelingen aantoonde dat de bestaande programma's effectief zijn, suggereren meta-analyses voor verschillende soorten gedrags- en emotionele problemen dat de bestaande kindgerichte interventies slechts een gemiddelde *effect size* hebben (bijvoorbeeld: Cuijpers,

van Straten, Smits, & Smit, 2006; Klein, Jacobs, & Reinecke, 2007; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008; Weisz, McCarty, & Valeri, 2006; Weisz et al., 2013) en dat de kans op terugval groot is (bijvoorbeeld: Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004). Ook oudergerichte interventies blijken slechts beperkt effectief (bijvoorbeeld: Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006). Bovendien vermindert hun effect naarmate de jongeren met gedrags- en emotionele problemen ouder worden (Kazdin, 1995). Ten slotte werd ook gekeken naar de waarde van de combinatie van kindgerichte en oudergerichte interventies, maar daaruit bleek dat het toevoegen van een oudergerichte component aan de behandeling niet steeds een bijkomend effect heeft (Dowell & Ogles, 2010).

Deze bevindingen suggereren enerzijds dat de verschillende componenten van de bestaande interventieprogramma's effectief en belangrijk zijn. Anderzijds doen deze bevindingen vermoeden dat GT mogelijk gebaat zou zijn met het verbreden van haar perspectief naar andere, onderbelichte mechanismen in de ontwikkeling en behandeling van gedrags- en emotionele problemen (zie voor een gelijkaardige argumentatie ook: Weisz et al., 2006). Het onderhavige themanummer van het *Tijdschrift voor Gedragstherapie* tracht aan te tonen, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, dat GT voor kinderen en jongeren gebaat zou kunnen zijn met het (h)erkennen en behandelen van maladaptieve dynamieken in de gehechtheidsrelatie tussen kinderen/jongeren en hun ouders.

GEHECHTHEIDSTHEORIE ALS BASIS VOOR EEN ZINVOLLE VERBREDING VAN BESTAANDE GEDRAGSTHERAPEUTISCHE BEHANDELSTRATEGIEËN?

.....

In wat volgt zullen we eerst beargumenteren waarom gehechtheid een belangrijke factor zou kunnen zijn om rekening mee te houden bij zowel de analyse als de gedragstherapeutische behandeling van gedrags- en emotionele problemen. Vervolgens zullen we uitleggen waarom verschillende therapeutische modellen lange tijd (waarschijnlijk terecht) kritisch geweest zijn over gehechtheid als concept in de ontwikkeling en behandeling van gedrags- en emotionele problemen. Ten slotte zullen we de verschillende bijdragen aan dit themanummer introduceren als *evidence-based* antwoorden op de kritieken die er geweest zijn op gehechtheidstheorie.

Volgens de gehechtheidstheorie worden baby's geboren met een aangeboren gedragsstelsel dat gericht is op het uitlokken van zorg door nabije zorgfiguren en dat geactiveerd wordt door stressoren als honger, koude, pijn, angst, verdriet of vermoeidheid (Bowlby, 1969). Volgens de originele gehechtheidstheorie wordt de herhaaldelijke ervaring dat stress gevolgd wordt door zorg geïnternaliseerd in een intern werkmodel. De inhoud van dit intern werkmodel hangt af van de ervaren kwaliteit van de zorgreacties. Als kinderen herhaaldelijk ervaren dat zorgfiguren responsief en sensitief rea-

geren op zorgbehoefte, ontwikkelen ze zich waarschijnlijk als *veilig gehecht*. Als kinderen herhaaldelijk ervaren dat zorgfiguren afwijzend of ineffectief reageren op zorgnoden, worden ze volgens Bowlby (1969) waarschijnlijk *onveilig gehecht*. Ainsworth koppelde aan onveilige gehechtheid ook specifieke gedragsstijlen (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Als kinderen onveilig gehecht zijn, kunnen ze eerder angstig of eerder vermijdend gehecht gedrag ontwikkelen. Meer angstig gehechte kinderen blijven zorg zoeken, maar zijn tegelijkertijd steeds bezorgd dat hun zorgvraag afgewezen zal worden, of dat hun zorgfiguur geen stabiele zorg zal kunnen of willen bieden. Meer vermijdend gehechte kinderen verkiezen om geen zorg meer te zoeken, maar trachten alle problemen waar ze mee geconfronteerd worden op zelfstandige wijze op te lossen (Ainsworth et al., 1978).

Kinderen met beide onveilige gehechtheidstypes hebben gemeenschappelijk dat ze bij stress of verdriet een gebrek aan vertrouwen hebben in de beschikbaarheid van gehechtheidsfiguren voor steun en hulp (Ainsworth et al., 1978). Ze zullen minder adequate copingstrategieën ontwikkelen, waardoor ze meer kans hebben om in stresserende omstandigheden gedrags- en emotionele problemen te ontwikkelen (Deklyen & Greenberg, 2008). Dit vertrouwen in zorg lijkt dan ook een belangrijke factor in de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen, waar vooralsnog weinig aandacht voor geweest is in de GT. Het is bovendien een factor waar de klassieke gedragstherapeutische technieken weinig aandacht aan schenken.

Door dit themanummer heen zullen we een overzicht geven van wetenschappelijk onderzoek dat suggereert dat noch het verbeteren van oplossings- of andere vaardigheden van het kind, noch het verbeteren van opvoedingsvaardigheden van de ouders de context creëert waarbinnen het vertrouwen van het kind in de zorg van de ouder hersteld kan worden. Daarentegen zullen we argumenteren dat herstel van vertrouwen voor vele kinderen en jongeren een cruciale voorwaarde is die vervuld moet zijn alvorens de gedragstherapeutische interventies hun volle potentieel kunnen verwezenlijken.

Hoewel deze argumentatie lijkt te suggereren dat de effectiviteit van GT zou kunnen toenemen als gedragstherapeuten bestaande GT-interventies zouden combineren met gehechtheidsgerichte interventies, is er lange tijd een waarschijnlijk zeer terecht achterdocht geweest jegens de gehechtheidstheorie. Deels weerspiegelde deze achterdocht de jarenlange strijd die er gevoerd is tussen therapeutische scholen. Bowlby was zelf opgeleid in de psychoanalyse voor hij zijn gehechtheidstheorie ontwikkelde. Hoewel de theorie aanvankelijk erg sceptisch onthaald werd door de psychoanalytische gemeenschap (Bretherton, 1992), is de gehechtheidstheorie verder ontwikkeld in de schoot van de psychoanalyse. Hierdoor werd gehechtheid uiteindelijk voornamelijk gezien als een psychoanalytisch concept en niet als fenomeen dat relevant is voor andere therapeutische scholen. De laatste jaren is er echter een toegenomen bewustzijn in verschillende andere therapeutische stromingen voor de relevantie van gehechtheidsthema's in de behandeling

van kinderen en jongeren (en zelfs volwassenen). Een voorbeeld is het systeemtherapeutische therapiemodel *emotion focused therapy* (Greenberg & Johnson, 1988), waar het gehechtheidsdenken een prominente plaats krijgt in de behandeling. Ook binnen het gedragstherapeutische denken wordt in sommige recentere modellen het belang erkend van gehechtheid als context waarbinnen gedrags- en emotionele problemen zich ontwikkelen. Voorbeelden zijn *schema-focused therapy* (Young et al., 2003) en *compassion-focused therapy* (Gilbert, 2010). In deze voorbeelden blijft die erkenning echter vaak beperkt tot het benoemen van de gehechtheidscontext in de theoretische fundamenteën van die behandelmodellen, maar naast deze lippendienst blijft het gedragstherapeutisch handelen slechts in beperkte mate beïnvloed door kennis over gehechtheidsgerelateerde processen.

Naast ideologische bezwaren waren er ook praktische kritieken op de gehechtheidstheorie (Rutter, 1995), waardoor het moeilijk werd om het gehechtheidsdenken te integreren in de GT-behandeling. De belangrijkste kritiek betreft de afbakening van het construct. Gehechtheid is een vaag, metaforisch en alomvattend begrip geworden. Everett Waters, een van de eerste onderzoekers binnen dit domein, schreef zelf onlangs als kritiek dat gehechtheidstheorie te gemakkelijk gebruikt wordt als een theorie dat 'alle goede dingen samengaan' (Waters, Corcoran, & Anafarta, 2005). Voorbeelden van de conceptuele verwarring die daaruit ontstaan is, zijn de onterechte claims dat kinderen die een beperkte gewetensontwikkeling of een beperkt empathisch vermogen hebben onveilig gehecht zouden zijn. Er zijn zeker verbanden te vinden tussen deze kenmerken en onveilige gehechtheid, maar die verbanden zijn eerder klein, en het is dus een onterechte aanname dat die kenmerken symptomen van onveilige gehechtheid zouden zijn (Vreeke, 1999). Om als concept interessant te zijn binnen de gedragstherapeutische behandeling, dient gehechtheid echter beter afgebakend te worden, en meetbaar te zijn op zo'n manier dat behandel-effecten kunnen worden aangetoond.

Daarnaast zijn er nog verschillende andere kritieken die het moeilijk maakten om gehechtheid en GT te integreren. Een tweede kritiek is dat er te weinig bekend is over de mechanismen die verklaren waarom gehechtheid gerelateerd is aan (mal)adaptieve ontwikkelingsuitkomsten. Dat er een verband is, is inmiddels meer dan duidelijk. Hoe dit verband precies begrepen moet worden en welke processen daarin een rol spelen is onderbelicht (Deklyen & Greenberg, 2008). Daardoor werd het moeilijk om binnen GT gehechtheidsgerichte interventies te ontwikkelen.

Een derde kritiek betreft de discussie over de stabiliteit van gehechtheid. Impliciet in Bowlby's originele gehechtheidstheorie is het idee dat er een zekere continuïteit moet zijn in de tijd van wie veilig en wie onveilig gehecht is. Die indruk werd nog versterkt door het feit dat Bowlby de gehechtheidsontwikkeling maar beschreef tot de leeftijd van drie jaar (de leeftijd waarop kinderen kunnen praten en het interne werkmodel een meer verbale of narratieve weerslag krijgt in de hersenen). Het gevolg daarvan was dat veel

clinici aannamen dat als kinderen onveilig gehecht waren op de leeftijd van drie jaar, dit nooit meer zou veranderen. Aangezien een stabiele risicofactor niet interessant is om als focus te nemen voor therapie (Hermans, Orlemans, & Eelen, 2007), leek gehechtheid dan ook niet interessant voor GT. Daarbij aansluitend ontbraken tot voor kort evidence-based interventies waarvan aangetoond kon worden dat ze de gehechtheidsrelaties verbeterden.

INHOUD VAN DIT THEMANUMMER

.....

In de bijdragen van dit themanummer wordt getracht om op voornoemde terechte kritieken een antwoord te formuleren. Het doel is om het voor gedragstherapeuten interessanter te maken om naar gedrags- en emotionele problemen te kijken als een product van, onder meer, onveilige gehechtheidsprocessen, en om zich binnen de behandeling ofwel te richten op, ofwel om rekening te houden met, deze gehechtheidsgerelateerde processen.

In de eerste bijdrage (van Braet en Bosmans) zullen we trachten om het gehechtheidsconstruct conceptueel zuiverder af te bakenen, en wel in een paper over diagnostiek van veilige en onveilige gehechtheid. We zullen daarbij beargumenteren dat gehechtheid begrepen kan worden als een cognitief schema of *script* over hoe stress leidt tot hulpzoekend gedrag, hoe stress opgemerkt wordt door zorgfiguren, hoe zorgfiguren vervolgens op een emotioneel en praktisch ondersteunende manier proberen steun te bieden, hoe de verkregen steun helpt om de stress te reguleren en hoe men van daaruit terug *back on track* komt. Dit wordt een *secure base script* genoemd, omdat dankzij zo'n cognitief script de ouder gezien wordt als een veilige basis (*secure base*), van waaruit kinderen en jongeren op een geruste manier hun omgeving kunnen exploreren en hun leven kunnen opbouwen in autonomie. Dit script is belangrijk, want het helpt kinderen om vertrouwen te hebben in de beschikbaarheid van zorg door de gehechtheidsfiguur, waardoor ze makkelijker ook effectief hulp (ofwel een *safe haven*) kunnen zoeken wanneer dat nodig is.

In de tweede bijdrage (van De Winter et al.) zal worden aangetoond dat het aan dit script gerelateerde vertrouwen in de beschikbaarheid van gehechtheidsfiguren, net als eerder aangetoond voor andere cognitieve schema's, gekenmerkt wordt door vertekeningen in automatische en strategische informatieverwerkingsprocessen. Meer specifiek wordt een gebrek aan vertrouwen gekenmerkt door vertekeningen in herinneringen aan, aandacht voor en interpretaties van, gehechtheidsgerelateerde informatie. Deze vertekeningen blijken gelinkt te zijn aan inadequaat hulpzoekend gedrag en aan een verminderde capaciteit om op een adequate manier de omgeving te exploreren. Bovendien zal worden aangetoond dat het hebben van vertrouwen in zorg functioneert als een schema, in de zin dat kinderen beter in staat zijn om incongruente informatie te assimileren aan de verwachting dat ouders toch te vertrouwen zijn. Deze bijdrage zal dus zorgen voor een bijkomende

ondersteuning voor onze bewering dat gehechtheid in essentie gaat over het al dan niet hebben van een secure base script en het al dan niet hebben van vertrouwen in zorg.

In de derde bijdrage (van Heylen et al.) worden de mechanismen besproken die verklaren waarom en hoe gehechtheid gelinkt is aan de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen. We zullen vier mechanismen illustreren die voorlopig aangetoond zijn in de literatuur: (1) het effect van al dan niet nabijheidzoekend gedrag op de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen; (2) het effect van maladaptieve emotieregulatiestrategieën die typisch zijn voor meer angstig of meer vermijndend gehechte kinderen en jongeren; (3) het effect van een verminderde capaciteit tot *effortful control* ofwel een verminderde capaciteit om automatische kortetermijn emotionele responsen te onderdrukken ten voordele van belangrijke langetermijndoelen; (4) het versterkend effect van automatische gehechtheidsgerelateerde informatieverwerkingsprocessen op de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen. Deze inzichten zullen gebundeld worden in een model over onveilige gehechtheid als een risicofactor in de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen en zullen gebruikt worden om concrete adviezen te formuleren voor behandelaars.

In de vierde bijdrage (van Santens et al.) zullen we op basis van de conclusies uit de derde bijdrage bespreken via welke strategieën strategische en automatische componenten van vertrouwen, en het secure base script, focus kunnen worden van behandeling. Er wordt een overzicht gegeven van bestaande evidence-based interventies voor peuters en kleuters enerzijds en voor adolescenten en jongvolwassenen anderzijds. Daarnaast wordt voorlopig onderzoek besproken over de behandeling van meer automatische componenten van gehechtheid. Deze bijdrage zal aantonen dat gehechtheid niet alleen veranderlijker is dan initieel werd aangenomen, maar bovendien zal aangetoond worden dat er systematische technieken bestaan die inspelen op de specifieke mechanismen die bepalen of kinderen al dan niet veilig gehecht ontwikkelen.

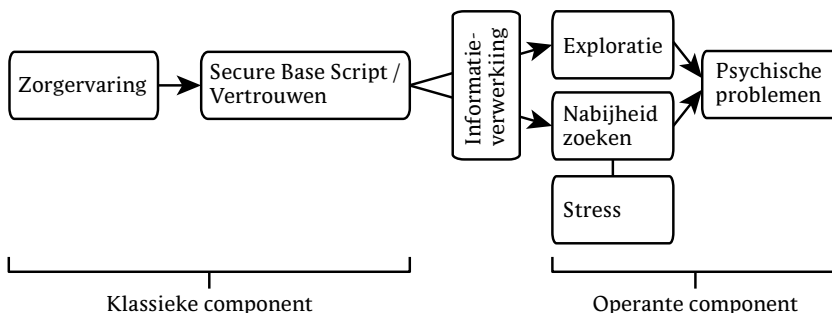
In de laatste bijdrage zal Dirk Hermans een kritische blik werpen op de mogelijkheden, potentiële valkuilen en (voorlopige?) beperkingen van deze invalshoek voor de gedragstherapeutische praktijk. Op deze manier hopen we de lezer op een gedegen en wetenschappelijk onderbouwde manier voldoende te informeren over deze ideeën, met oog voor de klinische diepgang die het denken over gehechtheidsrelaties in de behandeling van kinderen en jongeren met zich mee zou kunnen brengen.

EEN CGT-MODEL VAN GEHECHTHEID

.....

Gebaseerd op de tien jaren van onderzoek die in dit themanummer worden toegelicht, willen we een model voorstellen (zie figuur 1) van gehechtheid

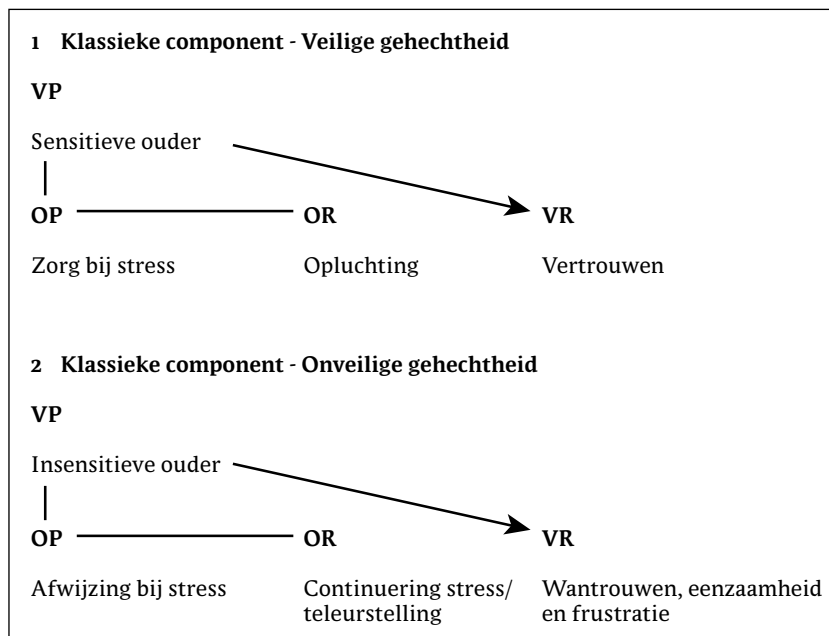
als factor in de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen, waarin er specifieke klassieke componenten (figuur 2) en operante componenten (figuur 3) kunnen onderscheiden worden. In wat volgt zullen we deze drie aspecten kort bespreken.



FIGUUR 1 Model van gehechtheid als factor in de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen

Gehechtheid als factor in de ontwikkeling van psychopathologie (figuur 1) dient begrepen te worden als het resultaat van een leerproces op basis van zich herhalende ervaringen van zorg of van ervaringen dat zorg niet stabiel aanwezig is. Deze ervaringen vergroten of verkleinen het vertrouwen dat kinderen ontwikkelen in de beschikbaarheid van zorg en de kans dat ze een secure base script kunnen ontwikkelen. Dankzij vertrouwen en een secure base script zullen kinderen in staat zijn om hun omgeving te exploreren (hun gehechtheidsfiguur te gebruiken als een secure base), waardoor ze autonomie ontwikkelen, maar ook zelfvertrouwen. Verder leren ze tijdens hun autonome exploratie en tijdens interacties met de gehechtheidsfiguur oplossingsvaardigheden, emotieregulatievaardigheden en andere vaardigheden die hen weerbaarder maken tegen de pathogene invloed van stressoren. Bovendien zullen ze dankzij dat vertrouwen en script gemakkelijker hulp kunnen zoeken als ze geconfronteerd worden met onoplosbare en overspoelende stressoren (de gehechtheidsfiguur gebruiken als safe haven). Hierdoor zullen die stressoren minder impact hebben op de verdere ontwikkeling van deze kinderen, waardoor ze opnieuw meer beschermd zijn tegen de ontwikkeling van psychopathologie. Indien er geen vertrouwen en geen secure base script is, zullen kinderen minder gemakkelijk kunnen exploreren, waardoor ze minder autonomie en minder bufferende vaardigheden ontwikkelen. Bovendien zullen ze bij stress minder gemakkelijk zorg kunnen zoeken, waardoor de kans nog groter wordt dat ze te lang en te intens aan emoties en stress worden blootgesteld en hierdoor gedrags- en emotionele problemen zullen ontwikkelen. Binnen dit hele ontwikkelingsproces kunnen klassieke en operante componenten onderscheiden worden.

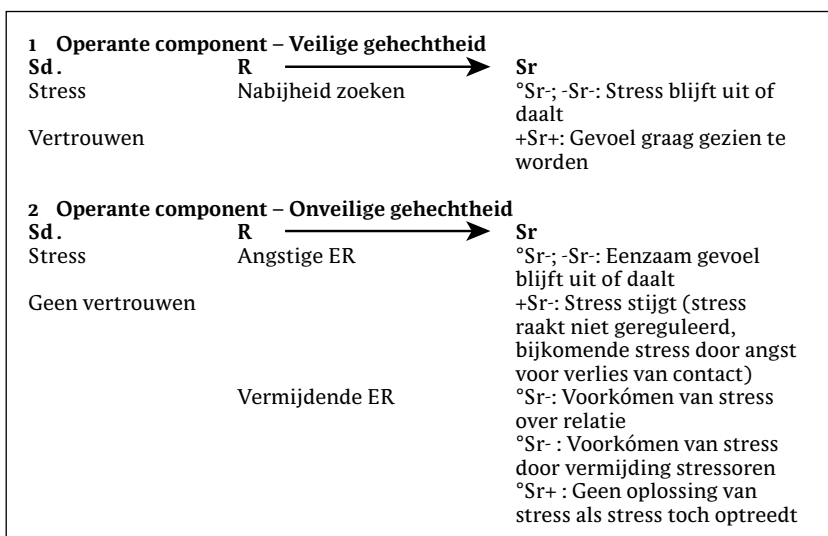
We zullen in de volgende paragrafen beide componenten op generieke wijze bespreken. Hierbij willen we benadrukken dat tot op heden nog maar weinig klinici getracht hebben om de gehechtheidsontwikkeling te formaliseren in een functieanalytisch model. Wat nu volgt is onze interpretatie en een eerste poging, die open staat tot herziening.



FIGUUR 2 *Generiek model van klassieke conditionering*

De klassieke component beschrijft ofwel de ontwikkeling van vertrouwen en een secure base script ofwel de ontwikkeling van gebrek aan vertrouwen (gemakshalve hier besproken als wantrouwen) en de afwezigheid van een secure base script. Om overzicht te bewaren wordt de klassieke component voor veilige en voor onveilige gehechtheid afzonderlijk beschreven (figuur 2). Centraal staat het idee dat veilige gehechtheid zich ontwikkelt als er tijdens stress een sensitieve zorgfiguur beschikbaar is (in ons model de *voorwaardelijke prikkel*, VP). Bij een veilig gehechte ontwikkeling zullen tijdens stress ervaringen van steun, hulp en zorg (*onvoorwaardelijke prikkel*, OP) gekoppeld worden aan gevoelens van opluchting en andere positieve ervaringen, die gepaard gaan met het wegvallen van stress (*onvoorwaardelijke reactie*, OR). Door het herhaaldelijk samen voorkomen van deze ervaringen leren kinderen erop te anticiperen dat ze bij hun sensitieve zorgfiguur (VP) kunnen verwachten dat er zorg en opluchting komt, waardoor ze vertrouwen zullen opbouwen (*voorwaardelijk reactie*, VR). Bij een onveilig gehech-

te ontwikkeling zal de insensitieve zorgfiguur (VP) gekoppeld worden aan herhaalde ervaringen van gebrek aan zorg tijdens stress (OP), wat gepaard gaat met enerzijds continuering van stress en anderzijds met een gevoel van teleurstelling (OR). In het gehechtheidsmodel gaan we ervan uit dat dit gevoel van teleurstelling een emotioneel erg diepgaand, existentieel negatief en kwetsbaar gevoel is. We bouwen hierbij onder meer voort op onderzoek over zelfdeterminatietheorie, waaruit blijkt dat behoefte aan zorg en geborgenheid een existentiële en universele nood is die de kern van ons wezen uitmaakt (Deci & Ryan, 2000). Door herhaaldelijke blootstelling aan deze ervaringen kunnen kinderen geen vertrouwen opbouwen over gehechtheidsfiguren als zorgfiguren. In het slechtste geval ontstaat na verloop van tijd wantrouwen over de beschikbaarheid van zorg (VR).



FIGUUR 3 *Generiek model van operante conditionering bij stresservaringen*

Deze leerervaringen zullen bepalen hoe kinderen, jongeren en volwassenen omgaan met nieuwe stressoren. Dit is de operante component van ons model (figuur 3). Voor veilig gehechte kinderen zal het vertrouwen dat ze ervaren tijdens blootstelling aan stress (Sd) aanleiding zijn tot het stellen van safehaven-gedrag (R). Dit gedrag zal bekrachtigd worden door het feit dat stress voorkomen wordt (°Sr-) of wegvalt (-Sr-), maar ook door de fijne emoties die zorg met zich meebrengt en die te maken hebben met een gevoel van nabijheid en graag gezien te worden (+Sr+). Voor onveilig gehechte kinderen zal de Sd twee mogelijke gedragspatronen uitlokken (zie Heylen et al., in dit themanummer): (1) De meer angstig gehechte patronen gaan over reacties waarbij men alsnog nabijheid zoekt door aanklappend zorg te vragen. Dit

gedrag wordt bekrachtigd door het feit dat de gevreesde eenzaamheid vermeden wordt ($^{\circ}\text{Sr-}$) of ophoudt ($-\text{Sr-}$), maar heeft als nadeel dat de stress blijft duren ($^{\circ}\text{Sr-}$). Dat komt omdat deze mensen vaak niet het gevoel hebben dat hun stress werkelijk door deze zorg daalt, en bovendien omdat ze vaak nieuwe stress ervaren, doordat ze zich nu ook zorgen moeten maken over de kans om deze zorg te verliezen. (2) De meer vermijgend gehechte patronen gaan over reacties waarbij men het zorg zoeken vermijdt. Dit wordt bekrachtigd doordat deze mensen geen stress meer hoeven te ervaren over de vraag of de gehechtheidsfiguur al dan niet beschikbaar is ($^{\circ}\text{Sr-}$). Bovendien wordt dit vermijdingsgedrag gekenmerkt door een algemene deactivatie van emoties en het vermijden van situaties waarin stress zou kunnen optreden, waardoor deze mensen in het algemeen minder stress ervaren ($^{\circ}\text{Sr-}$). Dit is doorgaans een succesvolle strategie, totdat er stressoren zijn waarvoor echt een oplossing moet gevonden worden. Bij deze strategie blijven stressoren immers bestaan ($-\text{Sr+}$) waardoor ze meer kans krijgen om alsnog problemen te ontwikkelen.

CONCLUSIE

.....

De belangrijkste conclusie uit dit overzicht is dat bij minstens een deel van de kinderen en jongeren die gedrags- en emotionele problemen ontwikkelen die ontwikkeling heeft plaatsgevonden in een context waarin ze geleerd hebben niet te kunnen rekenen op de zorg van anderen. Dit is een leerproces dat gepaard gaat met teleurstellingen, met een diepgaand gevoel van eenzaamheid of er alleen voor te staan, en in uitbreiding met het gevoel niet écht graag gezien te worden. Die leergeschiedenis kan een belemmerende invloed hebben op de effectiviteit van GT. Enerzijds kan dit ervoor zorgen dat kinderen en jongeren wel nieuwe vaardigheden aanleren, maar dat het generaliseren van die vaardigheden naar de thuiscontext moeizamer verloopt, omdat deze kinderen en jongeren tijdens interacties met hun ouders constant op hun hoede zijn voor nieuwe teleurstellingen. Anderzijds kan dit ervoor zorgen dat als ouders nieuwe opvoedingsvaardigheden aanleren, kinderen met een gebrek aan vertrouwen in ouderlijke zorg onvoldoende de veranderingen in het ouderlijk gedrag zullen waarnemen. Door de geassocieerde vertekeningen in de informatieverwerking van ouderlijk gedrag (aandacht, geheugen, interpretatie) zal het effect van opvoedingsondersteuning beperkt blijven. Dit impliceert dat bij jongere kinderen (aan het begin van het gehechtheidsleerproces) er gewerkt zou moeten worden met de ouders. Bij oudere kinderen (als het ongunstige leerproces al verder gevorderd is) zou er gewerkt moeten worden met de ouders en jongeren tezamen, waarbij de teleurstellingen en het gebrek aan vertrouwen de eerste focus van behandeling moeten worden (Santens et al., dit themanummer). Ten slotte impliceert dit dat die gehechtheidservaringen invloed zullen hebben op de relatie

die de therapeut opbouwt met alle cliënten. Het hulpaanbod dat de therapeut wenst te doen zal door cliënten namelijk ervaren worden vanuit de vroegere ervaringen met diens primaire gehechtheidsfiguren. Omgekeerd zullen ook de gehechtheidservaringen van de therapeut invloed hebben op de opbouw van de relatie met cliënten. Met andere woorden, de kans is reëel dat het herkennen van de gehechtheidsdimensie in GT impact zal hebben op uiteenlopende aspecten van de therapie.

De vraag kan echter gesteld worden of dit allemaal echt zo nieuw is voor GT. Bij alle nieuwe ontwikkelingen wordt steeds terecht de vraag gesteld of het geen oude wijn in nieuwe zakken betreft (zoals voor ACT: Hofmann & Asmundson, 2008). Ook met betrekking tot gehechtheid kunnen we ons voorstellen dat binnen GT al over gelijkaardige aspecten van ouder-kindrelaties is nagedacht. Toch lijkt het ons belangrijk om expliciet stil te staan bij gehechtheidsaspecten tijdens GT, omdat dit kan leiden tot een hernieuwde bewustwording van een belangrijk thema. We hebben toenemend ervaring met het organiseren van workshops voor studenten in gedragstherapeutische opleiding. Daar krijgen we bijvoorbeeld te horen van deze therapeuten in opleiding dat ze weinig onveilig gehechte kinderen in hun praktijk tegenkomen. We denken dat aandacht voor gehechtheidsgerelateerde factoren een bril kan zijn die men kiest op te zetten of niet. Uit ervaring weten we dat als iemand die bril eenmaal opzet, hij heel vaak onveilige-gehechtheidsthema's kan observeren bij cliënten.

Een grotere bewustwording voor gehechtheidsgerelateerde processen brengt wel het risico met zich mee dat therapeuten onterecht gedrags- en emotionele problemen zullen linken aan onveilige gehechtheid. Het is niet zo dat alle cliënten met gedrags- en emotionele problemen per definitie onveilig gehecht zijn. Onveilige gehechtheid blijkt slechts een van de risicofactoren te zijn voor de ontwikkeling van gedrags- emotionele problemen. Met andere woorden, ook veilig gehechte kinderen en jongeren kunnen gedrags- en emotionele problemen ontwikkelen. Bovendien is het niet zo dat alle onveilig gehechte kinderen en jongeren gedrags- en emotionele problemen ontwikkelen. Een goede diagnostiek blijft essentieel, alvorens in de behandeling rekening te houden met onveilige gehechtheid.

Als de gedragstherapeut beslist om alsnog rond gehechtheid te werken in de therapie, zal de grote uitdaging zijn om op een constructieve manier hieromheen te werken en om uit een *blame-the-parent*-denken te blijven. De link tussen enerzijds sensitieve en responsieve opvoeding en anderzijds veilige gehechtheid suggereert dat ouders van onveilig gehechte kinderen schadelijk opvoedingsgedrag vertonen. Hoewel er bij sommige onveilig gehechte kinderen en jongeren inderdaad sprake kan zijn van ernstige verwaarlozing en mishandeling, gaat de gehechtheidsontwikkeling in eerste instantie over de beleving van kinderen tijdens interacties met ouders, en die beleving wordt mede bepaald door temperament en *goodness of fit* (Del Giudice, in press). Bovendien, net als bij alle andere cognitieve schema's, kunnen bij

doorgaans veilig gehechte individuen specifieke kenmerken in de bredere context zorgen voor de activatie van onveilige cognities (Bosmans, Bowles, Dewitte, De Winter, & Braet, 2014). Als therapeut moeten we dus op een genuanceerde manier blijven denken over gezinnen, zelfs als we moeten werken rond beladen thema's als onveilige gehechtheid.

Een succesvolle behandeling bij kinderen en jongeren die onveilig gehecht zijn zal dan ook mede afhankelijk zijn van de mate waarin de therapeut erin slaagt om, zelfs in gezinnen waar zorggerelateerde interacties zichtbaar moeilijk verlopen, alsnog een samenwerking met de ouders op te bouwen door de ouders te erkennen voor hun grote inzet om voor hun kind te zorgen. Dit kan door inzicht te krijgen in hoe, in alle omstandigheden, ouders een grote intrinsieke liefde voor hun kind voelen en een groot intrinsiek verlangen ervaren om door het kind beleefd te worden als een goede zorgfiguur.

Een belangrijk inzicht hierbij is dat ook de manier waarop ouders een gehechtheidscontext creëren een weerspiegeling is van hun eigen gehechtheidsontwikkeling (van IJzendoorn, 1995). Meer en meer worden we ons bewust van het feit dat ervaringen met de primaire gehechtheidsfiguren een blauwdruk vormen die een invloed heeft op alle volgende relaties (met vrienden, partners en eigen kinderen; zie bijvoorbeeld: Waters et al., 2015). De vraag kan dus gesteld worden of denken over gehechtheid ook niet belangrijk is voor de gedragstherapeut die (enkel) met volwassenen werkt.

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door de beurzen G.0934.12 en G.0774.15N van het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek (FWO), Vlaanderen, en de beurzen OT/12/043 en CREA/12/004 van het Bijzonder Onderzoeksfonds van de KU Leuven, België.

Guy Bosmans is verbonden aan de Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven. L. Vanderkelenstraat 32, bus 3760, 3000 Leuven, België

Caroline Braet is verbonden aan de Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheden- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent, H. Dunantlaan 2, 9000 Gent, België.

Rudy De Raedt is verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit van Gent.

Correspondentieadres: Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven. L. Vanderkelenstraat 32, bus 3760, 3000 Leuven, België. *E-mail:* guy.bosmans@ppw.kuleuven.be

Summary In spite of the success of child and adolescent (and, in expansion, adult) (cognitive) behavior therapy, one can wonder whether its focus on behavior and maladaptive cognitive schemas ignores maladaptive relational experiences that underly developmental psychopathology. This special issue of *TvG* aims to illustrate how the attachment-related development of (lack of) trust in caregivers' availability to provide support is a fundamental theme to understand the

development and treatment of behavioral and emotional problems. This paper introduces attachment theory and its relevance for existing (cognitive) behavior therapies for children, adolescents, and adults.

Keywords: *attachment, CBT, child and adolescent treatment*

Literatuur

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Bosmans, G., Bowles, D., Dewitte, M., De Winter, S., & Braet, C. (2014). An experimental evaluation of the State Adult Attachment Measure: The influence of attachment primes on the content of state attachment representations. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5 (2), 134-150.
- Bosmans, G., & Braet, C. (2013). Behavioral therapy. In H. Pashler (Ed.), *Encyclopedia of the mind*. (Vol. 2, pp. 106-109). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452257044.n40>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. London: Penguin Books.
- Braet, C., & Bögels, S. (2014). *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Deel 1*. Amsterdam: Boom.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775. doi:10.1037//0012-1649.28.5.759
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421-436.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smits, N., & Smit, F. (2006). Screening and early psychological intervention for depression in schools. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15, 300-307.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'What' and 'Why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deklyen, M., & Greenberg, M. T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (pp. 637-665). New York: Guilford Press.
- Del Giudice, M. (in press). Attachment in middle childhood: An evolutionary developmental perspective. *New Directions in Child and Adolescent Development*.
- Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010). The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 151-162.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion-focused therapy*. New York, NY: Routledge Chapman & Hall.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hermans, D., Orlemans, J. W. G., & Eelen, P. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G.

- (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Smits, J. A., Simon, N. M., Pollack, M. H., Eisenmenger, K., ... Otto, M. W. (2006). Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 298-304.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence, 2nd ed.* Thousand Oaks, CA: Sage.
- Klein, J. B., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. A. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A meta-analytic investigation of changes in effect size estimates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1403-1413.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, pp. 86-104.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 126, 520-533.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105-130. <http://dx.doi.org/10.1080/15374410701817907>
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403. doi:10.1037/0033-2909.117.3.387
- Vreeke, G. J., (1999). *Empathie, gehechtheid en morele opvoeding*. Theoretische exploratie tijdens de Landelijke Pedagogendag. Internet, 3 maart 2015. www.waarden.org
- Waters, E., Corcoran, D., & Anafarta, M. (2005). Attachment, other relationships, and the theory that all good things go together. *Human Development*, 48, 80-84.
- Waters, T. E. A., Fraley, R. C., Groh, A. M., Steele, R. D., Vaughn, B. E., Bost, K. K., ... Roisman, G. I. (in press). The latent structure of secure base script knowledge. *Developmental Psychology*.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Hawley, K. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: A multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70, 750-761. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1176
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M., (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Publications.