

1 Differentiatetherapie, fasetherapie, basistherapie

Anniek Thoomes-Vreugdenhil

Differentiatetherapie

Het onderscheid dat gemaakt is tussen hechtingsgestoord en relationeel gestoord heeft geleid tot verschillende behandelingsvormen. Voor hechtingsgestoorde kinderen is de behandeling differentiatetherapie genoemd. De hechtingsgestoorde kinderen vormden de eerste groep die mij aanzette tot nadenken over een systematische behandeling. Lange tijd werden deze kinderen benoemd als verwaarloosd. Voor hen was weinig hoop op een duurzame relatie, niet op korte termijn en later ook niet. Een behandeling die hen zou willen helpen relaties aan te kunnen gaan en relaties te kunnen onderhouden zou zich moeten richten op ontwikkeling van gehechtheidsgedrag. De vraag was op welk gebied met een dergelijke behandeling begonnen zou moeten worden en hoe een vorm van vertrouwen aangeleerd kon worden. Het was Jos Hendrickx¹ die me met een enkele opmerking op het spoor zette, hij noemde het begrip differentiëren toen ik met hem sprak over deze problematiek. *Differentiëren* is dan ook de kern van de behandeling geworden en wel om het volgende.

In de ontwikkeling van een kind komt het differentiëren na het hechten. Eerst zijn er de ouders die er zijn voor het kind, ze zijn de specifieke personen voor het kind, ze zijn de gehechtheidspersonen. Het kind onderscheidt vader/moeder van anderen die vreemd voor hem zijn; daarmee differentieert het tussen personen. Het differentiëren tussen personen is verbonden met gehechtheid. Tevens wordt door het differentiëren en daarmee door gehechtheid de wereld van het kind begrensd. In een eerdere publicatie (1999) noemde ik hierbij de term 'hebben' van Bollnow: hebben in de niet-materiële sfeer, hebben als de sfeer van geborgenheid. De wereld van het kind is begrensd door het 'hebben' van deze volwassenen. Dat wil zeggen dat door het 'hebben' van bepaalde volwassenen, die voor het kind specifiek zijn, de

¹ Jos Hendrickx was tijdens zijn leven een bekend gezinstherapeut en hoofdredacteur van het Handboek Gezinstherapie.

grens met de buitenwereld en andere volwassenen door die specifieke volwassenen gevormd wordt. Door deze begrenzing leert het kind, onder andere, differentiëren tussen de verschillende volwassenen en ervaart het geborgenheid.

Deze begrenzing en differentiatie, en daarmee geborgenheid, heeft het kind met gehechtheidsproblematiek niet of niet voldoende ervaren. Zijn wereld is daarmee onbegrensd. Er is geen specifieke volwassene die de verantwoordelijkheid en de zorg voor zijn leven duurzaam op zich neemt. Het hechtingsgestoorde kind leert zichzelf te redden, hij leert overlevingsgedrag. In zijn gedrag komt dat tot uiting in het 'gebruiken' van volwassenen, in het allemansvriend zijn.

Bij de ontwikkeling van de behandeling zijn de begrippen begrenzing en differentiatie centraal gesteld.

De differentiatie zien we bij het hechtingsgestoorde kind als voorwaarde voor de gehechtheid. Het kind moet eerst ervaren hebben wat onderscheiden is voordat het zelf kan gaan onderscheiden. In feite wordt daarmee een kader opgezet: de onbegrensde wereld van het kind wordt begrensd, in de eerste fase van de behandeling door de leefregels en vervolgens door de differentiatie. Daarmee gaat het kind de structuren van de werkelijkheid onderkennen.

Opbouw van de behandeling¹

De behandeling richt zich op de ontwikkeling van gehechtheidsgedrag, waaronder we verstaan: zich richten op (nabijheid zoeken van) een specifieke volwassene.

Het gedrag van het hechtingsgestoorde kind hebben we getypeerd als allemansvriendgedrag.

In dit gedrag zien we het niet-differentiëren: het kind differentieert niet tussen de verschillende volwassenen.

Op dit gedrag is de behandeling gericht. Maar zorgen dat het kind zich richt op één (of meerdere) specifieke volwassene vraagt om een omkeer in het kind. Het kind heeft dat niet geleerd, het heeft de mogelijkheden om zo te onderscheiden niet in zijn 'pakket' (werkmodel; Van IJzendoorn, 1994) zitten.

De eerste fase van de behandeling vindt plaats in de leefgroep of het gezin en heeft als doel het reguleren van het gedrag. Dat wat geleerd wordt zijn regels die de organisatie van het samenleven regelen. Voorbeelden: met eten wordt niet gegooid en met speelgoed speel je en sla je een ander kind niet.

Bij deze fase horen sancties en beloningen. De sancties volgen zo veel mogelijk direct op het gebeuren en zijn van korte duur, bijvoorbeeld enkele minuten op een stoel zitten. De beloningen zijn niet-materieel, bijvoorbeeld een koestering of een waarderdend woord. De gedachte hierbij is dat het in de

¹ Deze paragraaf is overgenomen uit mijn proefschrift (Thoomes-Vreugdenhil, 1999).

behandeling om relatievorming gaat, en dat is een niet-materiële zaak. Hechtingsgestoorde kinderen zijn vanuit hun overlevingsgedrag op materiële zaken gericht.

Na ongeveer drie maanden gedragsregulering (een termijn die gehanteerd wordt op grond van ervaring) wordt de psychotherapie toegevoegd.

In de psychotherapeutische behandeling gaat het differentiatieproces van start. Dit gebeurt door middel van:

1 De eetfase : differentiatie op de tong. In de speelkamer, waar de behandeling van de kinderen plaatsvindt, is een winkeltje met kleine laden. Deze laatjes bevatten verschillende etenswaren van verschillende substantie: hard, zacht, knapperig, smeltend. De etenswaren worden gekocht, ‘gekookt’ en gegeten.

De begrenzing in deze fase ligt ten eerste in de begrensde situatie: gedekte tafel, samen eten. Ten tweede in de regel dat maar één keer per sessie gegeten wordt. Daarbij gelden de begrenzingen van de speelkamer, zoals de tijdsduur van de sessie, het omgaan met materiaal, het omgaan met elkaar.

Tijdens het eten verwoordt de therapeut wat er gegeten wordt, dat iets direct op je tong smelt, dat op iets anders gekauwd moet worden, dat het een zoet is, het andere knapperig. De gedachte hierachter is dat in de ontwikkeling van het kind het onderscheiden van voorwerpen door baby’s via de mond wordt ervaren: een baby stopt voorwerpen in de mond.

Vanaf het begin staat de differentiatie in dienst van de relatie. Als eerste stap is daarbij het delen te noemen: het kind verdeelt het eten. Dat betekent dat het kind heel veel voor zichzelf opschept en heel weinig voor de therapeut. De therapeut verwoordt dit zonder emoties, als een feit (‘ik zie dat jij graag veel wilt hebben’). Gaandeweg de sessies toont ze steeds iets meer emoties, zoals het aangeven dat ze eerder klaar is omdat ze minder heeft, dat ze het eten ook erg lekker vindt, dat samen eten zo gezellig is.

Dat laatste is de tweede stap: eten is niet alleen eten, maar ook samenzijn.

Als het delen samen delen is geworden (dat wil zeggen: als ieder evenveel heeft), voert de therapeut het samen praten onder het eten in: gesprekjes over de dingen van alledag, op school en in de leefgroep/thuis. Met deze gesprekjes wordt een begin gemaakt met de tweede fase.

2 Differentiatie van het gevoel: deze fase loopt door het hele proces heen. In de eetfase wordt een begin gemaakt, aanvankelijk door niet meer dan even enkele gevoelens aan te stippen (zoals leuk, vervelend, vrolijk), maar gaandeweg steeds meer (boosheid, verdriet, blijdschap, zich alleen voelen).

3 De zorgfase : differentiatie in de aard van het samen doen, namelijk leuke dingen en noodzakelijke dingen zoals afwassen en opruimen. Hierbij zit het element van het samen zorgen voor ‘onze’ spullen. Concreet begint deze fase, die ook door het hele proces loopt, met het afwassen van de bordjes en het bestek. Aanvankelijk helpen veel kinderen niet mee.

Dit heeft tot gevolg dat de therapeut even niet beschikbaar is. Alle kinderen ervaren dat als niet prettig. Uiteindelijk wordt het samen gedaan.

4 Differentiatie van het gevoel in de handen: sensopathisch spel met water en zand (Vermeer, 1968). Deze fase volgt op de eetfase en is een vervolg van wat

concrete differentiatie genoemd kan worden, het is tastbaar. De begrenzing ligt hierbij vooral in de regel dat het zand in de zandbak en het water in de waterbak blijft en de modder in de ‘natte zandbak’. De begrenzing is eveneens concreet, net zoals in de eetfase.

Het is opvallend dat na de sensopathische fase het kind steeds meer illusief spel (Vermeer, 1968) laat zien. De differentiatie blijft voor de therapeut ook in dat spel een belangrijke interventie.

Het kind moet de differentiatie ‘pakken’, dat wil zeggen: overnemen. In de leefgroepbehandeling/het gezin wordt de differentiatie zoals die in de psychotherapie is begonnen, overgenomen. De onderscheidingen in het dagelijks leven worden zo veel mogelijk verwoord. Bijvoorbeeld: na de ‘eetfase’ worden de verschillende maaltijden onderscheiden: ontbijt, lunch, avondeten. Daarna wordt onderscheid gemaakt in tafelgedrag.

In de differentietherapie leert het kind differentiëren en gaat dan ook onderscheid maken tussen personen. Als dat gebeurt is het gehechtheidsproces gestart en wordt voor het kind dat in een residentiële setting woont, een gezinsplaatsing noodzakelijk. En wel omdat het bij gehechtheid om continuïteit van de gehechtheidsfiguren gaat en een kinderkuis dat niet kan bieden.

Het verdere differentiatieproces ondersteunt de gehechtheid. De (pleeg)ouders onderscheiden zich van andere mensen door hun beschikbaarheid voor het kind, het kind gaat bij hen ‘horen’. In de psychotherapie wordt dat proces ondersteund door ordening in de ervaringen van het kind in opvoedingssituaties (bijv. door het maken van een tijdsbalk), door ondersteuning van de ervaring wat ‘gewoon’ gezinsleven is (zoals in poppenhuisspel wanneer de therapeut actief meespeelt), door vorige ervaringen van het kind (in eigen gezin, in een ander pleeggezin, in een kinderkuis) een plaats te geven (in zowel spel als gesprekken of met behulp van EMDR), door in het pleeggezin ervaren terechthwijzingen en andere opvoedings sancties in de relatie tussen ouders en kind te plaatsen (in zowel spel als gesprekken). Hierbij wordt steeds aangesloten bij dat wat het kind in de sessies inbrengt.

Het leren differentiëren is een proces, zo veel mogelijk opgebouwd analoog aan de gewone ontwikkeling. Het kind proeft de verschillen op de tong, voelt de verschillen in zijn vingers, hoort het verschil in geluiden (zoals van muziekinstrumenten), ziet het verschil tussen kleuren, ervaart het verschil tussen de mensen om hem heen. Door steeds die verschillen te verwoorden wordt een beroep gedaan op de cognitieve functie. Zo kan een kader ontstaan, zo worden de structuren van de werkelijkheid onderkend en is de wereld van het kind begrensd.

Bij kinderen voor wie differentietherapie geïndiceerd is, geldt dat zij verschillende nabijheidsvormen niet of nauwelijks ervaren hebben. Dat maakt dat fasetherapie voor hen als een vervolgbehandeling gezien kan worden. Na al jaren met deze therapievormen gewerkt te hebben kan ik zeggen dat bijna altijd fasetherapie nodig is na differentietherapie. Deze beide therapievor-

men kunnen ook gedeeltelijk naast elkaar uitgevoerd worden, te beginnen met differentiatie therapie; als het proces goed op gang is gekomen, kan fase therapie toegevoegd worden.

Fasetherapie¹

Fasetherapie omvat het hele psychotherapeutisch proces van relationeel gestoorde kinderen en jongeren. De therapie is genoemd naar de kernactiviteit, namelijk de fasenbehandeling, die gericht is op nabijheid ervaren. In de Inleiding is nabijheid omschreven als een duurzame verbondenheid waarbij de ander beschikbaar is voor het kind en zo zijn veiligheid garandeert. In de loop van de ontwikkeling ervaart het kind op verschillende wijzen de nabijheid van de ander, iedere ontwikkelingsfase heeft zijn eigen nabijheidsvorm. Bij relationele gestoordheid is nabijheid gemist, de nabijheidsvormen van de verschillende ontwikkelingsfasen zijn niet of niet voldoende ervaren. Daarmee kennen relationeel gestoorde niet de ervaring van beschikbaarheid en intimiteit (zie de Inleiding). Daar beschikbaarheid en intimiteit gehechtheidsfactoren zijn is de problematiek gekenmerkt als gehechtheidsproblematiek.

Van de drie besproken behandelingen is fasetherapie de meest ingrijpende en wel om twee redenen. Ten eerste omdat bij fasetherapie gebruik wordt gemaakt van cotherapeuten, en wel de ouders of verzorgers. Dat betekent dat een deel van de behandeling buiten de spreekkamer van de therapeut valt. Dat vraagt een andere wijze van werken voor de therapeut, vooral wat betreft de voorbereiding en de begeleiding van de opvoeders.

Ten tweede omdat de kern van de behandeling is het ervaren van nabijheidsvormen zoals in de ontwikkeling voorkomt. Van het kind/de jongere wordt gevraagd alle nabijheidsvormen vanaf de babytijd tot zijn eigen leeftijd te ervaren, fase na fase. En van de volwassene wordt gevraagd die nabijheidsvormen aan het kind/de jongere te geven, niet een hele dag maar uitsluitend in tien minuten voor het slapen gaan. Voor beiden is dat onwennig en vreemd: om als 10-jarige weer baby te zijn en als ouder van een 10-jarige om die weer als baby te behandelen, ook al is dat maar voor tien minuten. In voorbeelden (gedeelte casuïstiek) zullen we laten zien hoe dat gestalte krijgt.

Achtereenvolgens zullen de doelstelling van fasetherapie worden geformuleerd, de verschillende nabijheidsvormen in de ontwikkeling zullen worden besproken en de opbouw van fasetherapie zal beschreven worden.

Doelstelling van fasetherapie

Met de behandeling richten we ons allereerst op nabijheid. Het doel daarbij is: de verschillende nabijheidsvormen in de ontwikkeling van baby tot adolescent ervaren. Het tweede aandachtspunt betreft de zelfwaardering. Het doel van de hele behandeling is bereikt als de zelfwaardering positief is.

¹ Delen van deze paragraaf zijn overgenomen uit mijn proefschrift (Thoomes-Vreugdenhil, 1999).

Het eerste doel van de fasetherapie is bereikt als de nabijheidsvorm die bij de eigen leeftijd hoort verdragen kan worden. De veronderstelling is dat alle voorgaande nabijheidsvormen ervaren moeten zijn voordat de nabijheidsvorm van de eigen leeftijd ervaren kan worden. Concreet is dat doel bereikt als:

- a nabijheid verdragen wordt en wantrouwen plaats heeft maakt voor vertrouwen; dat wil zeggen dat contacten aangegaan en onderhouden kunnen worden en angst geen sociale belemmering meer is;
- b de stemming verbeterd is.

Er is bij de ontwikkeling van fasetherapie een verband verondersteld tussen gehechtheid en zelfwaardering, wat in onderzoeken is aangetoond (hoofdstuk 2). De fasenbehandeling richt zich op de stoornis in het gehechtheidsgedrag, zich uitend in de ambivalentie in de nabijheidsbeleving (nabijheid wensen – nabijheid afweren). Derhalve gaat fasenbehandeling waarin de nabijheidservaring centraal staat vooraf aan de ontwikkeling van een positieve zelfwaardering.

Nabijheidsvormen in de ontwikkeling

De nabijheidsvormen moeten worden gezien als een zich opstapelende reeks, waarbij de vorm uit de ene fase meegaat naar de andere. Iedere ontwikkelingsfase kent haar eigen nabijheidsbehoefte en haar eigen nabijheidsvorm. Het uitgangspunt van fasetherapie is dat iedere vorm ervaren moet zijn om de taken van de volgende ontwikkelingsfase uit te kunnen voeren en om de volwassen nabijheidsvorm (de intieme relatie) aan te kunnen. Vanuit een typering van de nabijheidsbehoefte geef ik de concrete nabijheidsvorm in iedere ontwikkelingsfase aan, te beginnen met de babyfase.

Babyfase

Als typering van de interactie tussen moeder en kind in de babyfase is *lichamelijkheid* te noemen, de babyfase is de fase van de lichamelijke geborgenheid.

In een onderzoek tonen Ainsworth, Bell en Stayton (1974) aan dat kinderen van sensitieve moeders tevreden kinderen zijn. Sensitieve moeders zijn moeders die adequaat reageren op de behoeften van hun kind. Deze moeders spiegelen de emotie van hun kind adequaat zodat er een samenhang kan ontstaan tussen de externe wereld en de interne wereld van het kind. Het mentaliseringsproces komt dan op gang. Een belangrijke factor bij het aanvoelen van de behoefte van het kind is het lichamelijke contact tussen moeder en kind.

Ainsworth e.a. (1974) noemt lichamenlijk contact in de betekenis van ‘well-rounded holding’ (pag. 121) in het eerste levensjaar van belang voor het alleen kunnen spelen en voor het exploratiegedrag in een latere fase. Verhofstadt-Denève, Van Geert en Vyt (1995) noemen enkele onderzoeken die deze stelling bevestigen: Belsky e.a. (1984) en Slade (1987).

Ook de verzorging, die de meeste tijd vraagt in het eerste levensjaar, is vooral lichamelijk: voeden, verschonen en baden. De verzorging geeft veel mogelijkheden het kind te *koesteren*, te strelen, kortom voor holding (Winnicott, 1965). Koesteren is dan ook de *nabijheidsvorm van de babytijd*.

Op een dergelijk contact 'antwoordt' het kind met het gedrag dat het laat zien, het geeft blijk van herkenning en van plezier door het bewegen van armen en benen, door te lachen, door te brabbelen.

In de loop van het eerste levensjaar vindt er een verschuiving plaats van overwegend lichamelijke interactie naar complexere wijzen van interactie. Er ontstaan andere wijzen van 'nabij-zijn'.

Het kind leert vanaf het begin ook om momenten alleen te zijn en dat aan te kunnen. Een baby laat ons dat zien als hij bijvoorbeeld na het wakker worden met zijn voetjes of handjes speelt, een vorm die hoort bij zijn ontwikkelingsniveau, waarin lichamelijke centraal staat. Dit alleen-zijn van de baby is begrensd: de ander is wel aanwezig, wel beschikbaar, ook lichamelijk aanwezig, want de meeste baby's worden niet alleen thuis gelaten.

In het alleen zijn beoefent het kind, zegt Winnicott (1965), een vorm van separatie waardoor 'het zelf' zich ontwikkelt en wel in de context van de relatie: 'The basis of the capacity to be alone is the experience of being alone in the presence of someone' (pag. 36).

De nabijheid van de ander krijgt in het eerste levensjaar aanvankelijk vorm in lichamelijke nabijheid. Deze vorm wordt opgeroepen door de behoeften van het kind en bepaald door het ontwikkelingsniveau van het kind. Vanaf het begin is er sprake van interactie, aanvankelijk ongedifferentieerd, gaandeweg gedifferentieerd.

In onderzoeken wordt de wijze waarop een kind zich gedraagt als het alleen is als graadmeter gebruikt voor de mate van zijn welbevinden (Ainsworth e.a., 1974). In het alleen zijn toont het kind of het vertrouwt op de beschikbaarheid van de ander. Steeds langer gaat het kind uit de directe nabijheid van zijn moeder, afhankelijk van zijn ontwikkeling, vooral van de cognitieve ontwikkeling. Cognitief kan het groter wordende kind zijn moeder (en anderen) in gedachten vasthouden, het kind weet dat zij beschikbaar is. In die zin blijft zij nabij, het kind heeft vertrouwen ontwikkeld (Erikson, 1963).

De peuterfase

Door de grotere mobiliteit van het kind, vooral veroorzaakt door het kunnen lopen, wordt de wereld van het kind groter en ontstaat er geleidelijk een 'eigen' wereldje, een wereldje zonder moeders directe nabijheid (peuterspeelzaal, situatie bij vriendjes thuis in de speelcontacten). Deze fase is te typeren als *exploratie van de omgeving*. Deze exploratie kan onder andere succesvol verlopen door het daadwerkelijk *terzijde staan* van de opvoeder. En met deze omschrijving is de *nabijheidswijze van de opvoeder* getypeerd. Het kind durft letterlijk op eigen benen te staan (autonomie, Erikson, 1963), vanuit de wetenschap dat de opvoeder hem *terzijde* staat.

De cognitieve ontwikkeling stelt het kind steeds meer in staat beelden vast te houden. De nieuwe wereld van het kind geeft vele indrukken die het een plaats moet geven, moet integreren. De indrukken/voorstellingen worden niet in een kader geplaatst (Verhofstadt-Denève e.a., 1995) en behoeven derhalve integratie, waardoor geleidelijk een kader ontstaat onder invloed van de cognitieve ontwikkeling. Het integreren van al het nieuwe is een proces van begrijpen en een innerlijke plaats geven. Ook voor dit proces is moeder beschikbaar.

Gericht op de ontwikkelingsopdracht van het kind, blijft de ander oog hebben voor de behoefte van dit kind in deze fase. In deze fase blijft de lichamelijke beschikbaarheid van de moeder bestaan, zij het in een andere vorm (zoals knuffelen, op schoot zitten). Daarnaast ontvouwt zich geleidelijk een waaier van interactievormen. De meeste daarvan vallen onder de noemer opvoeding, zoals het stellen van grenzen, het geven van ge- en verboden.

De interactiewijze van moeder en kind in de peuterfase is te omschrijven als structureren en integreren van de voorstellingen die het kind opdoet: 'A mother is much more than a caretaker, she can and does structure the infant's environment' (Richards, 1974, pag. 7). De situatie waarin dat structureren en integreren plaatsvindt, vraagt om beschikbaarheid en intimiteit en wordt daarmee gekenmerkt als veilig. Dat kan door samen een prentenboek te bekijken en dat kan door kort op een vraag van het kind in te gaan. De lichamelijke blijft daarbij een grote plaats innemen, zij het in een andere vorm dan in de babytijd.

Het aanbod van veiligheid biedende factoren is eveneens een vorm van nabijheid, zoals koestering, structureren en integreren waarin het *terzijde staan* vorm krijgt. Als concrete vorm in de fase therapie is gekozen voor het samen platen in een prentenboek (Ali Mitgutsch) bekijken, benoemen, vertellen, vragen beantwoorden. De lichamelijke krijgt daarbij vorm in het naast elkaar zitten met de arm om het kind. In het verwoorden en benoemen staat de moeder/vader het kind *terzijde*.

De basisschoolfase

De basisschoolfase omvat de kleutertijd en de schoolkindfase, respectievelijk de leeftijden van vier tot zeven jaar en van zeven tot twaalf jaar. Deze hele periode krijgt een en dezelfde typering, namelijk: *uitbreiding van de sociale leefwereld*, waarbij de schoolkindfase de toevoeging krijgt: *verdere uitbreiding van de sociale wereld*.

Bij de toenemende exploratie van het kind in deze fase is de nabijheidsvorm van moeder het *terzijde staan* bij alle activiteiten, maar met de toevoeging van deze fase: *het creëren van rust*. Door het creëren van rustmomenten, waarin de opvoeder er kan zijn voor het kind, ontstaat er een situatie waarin het kind kan verwijlen. Dat is een nabijheidsvorm die in de basisschoolfase wordt toegevoegd aan de al bestaande vormen. De nabijheidsvormen uit de vorige fasen blijven bestaan, zij het weer in andere vorm. In de rustmomenten is moeder beschikbaar.

De beschikbaarheid van moeder, uitkomend in het integreren, in het veiligheid bieden en in de intimiteit, wordt door de toenemende sociale factoren steeds ingewikkelder. De kleuter leert sociale regels, leert wat conflicten zijn en hoe deze zijn op te lossen. Veelal leert de kleuter dit buiten het gezichtsveld van de moeder in relatie met leeftijdgenoten (Hetherington & Parke, 1986).

De steeds complexer wordende interacties zijn afhankelijk van het cognitieve niveau van het kind, maar ook van de interactie tussen moeder en kind. In de kleuterfase wordt het afwegen wat bij de zelfstandigheid en wat bij de bescherming hoort complexer door de groter wordende wereld van de kleuter. Regelt moeder de sociale contacten of laat ze het kind de ruimte om zelf te ontdekken? Laat ze alle zaken aan het kind over of gaat ze samen met het kind op ontdekkingsstocht? Op welke wijze is zij nabij?

Er is sprake van een voortgaande beweging van enerzijds ruimte geven aan het kind zelf om oplossingen te vinden, om zelf te experimenteren, en anderzijds het kind beschermen door zelf beslissingen te nemen, door zelf te regelen als opvoeder van het kind. Met andere woorden: ruimte geven enerzijds en begrenzen anderzijds in een voortgaande beweging.

De kleuterfase zien we als een scharnier tussen klein-kindertijd en school-kindfase, de fase waarin het kinderleven zijn beslag krijgt en uitgroeit tot zijn meest harmonische vorm (Vermeer, 1968).

Vatten we de nabijheidsvorm in de kleutertijd samen dan merken we allereerst op hoezeer die vorm uitwaaiert. De lichamelijke geborgenheid blijft aanwezig. De integratie, al begonnen in de peuterfase, wordt complexer door de sociale interacties die zich kenmerken door 'gewone' groepsregels, door conflicten en door speelafspraken. Nabijheid in de vorm van begrenzen, hoewel in vorige fasen al aanwezig, krijgt in de kleuterfase steeds meer de vorm van begrenzen ter indamming van de vele sociale activiteiten ten behoeve van de zo nodige rust in het drukke, intensieve kleuterleven. In de rustperiodes thuis kan nabijheid vorm krijgen in integreren, praten met het kind, en in bijvoorbeeld voorlezen, voorlezen als een situatie waarin rust, beschikbaarheid en intimiteit bij elkaar komen. Voorlezen is daarom gekozen als concrete vorm in de fasetherapie, en wel het voorlezen van verhalen uit de directe belevingswereld van de kleuter (*Jip en Janneke* van Annie M.G. Schmidt).

Hierdoor kan het kind de *uitbreiding van zijn sociale wereld* (typering van de basisschoolfase) aan. Het kind is dan toegerust voor zijn ontwikkelingsopdracht. Nabijheid in de vorm van verbondenheid zonder lijfelijke aanwezigheid neemt met de uitbreiding van de activiteiten toe. Het kind 'weet' dat zijn ouders er zijn voor hem, ook al zijn ze niet lijfelijk aanwezig (beschikbaarheid). Het kind 'weet' ook wat de ouders willen, het weet wat mag en niet mag (normen). Kohlberg (1980) benoemt dit als 'the conventional level' (pag. 91), het niveau waarop het kind de verwachtingen van de omgeving kent.

Het kind kan het van zijn ouders gescheiden zijn tijdens schooluren aan. Dat kan door de geschiedenis van beschikbaarheid en intimiteit die het kind

met zijn ouders heeft, waardoor vertrouwen is ontstaan. Maar ook door het (gedeeltelijk) kennen van de verwachtingen van de omgeving (normen) die voor het kind een houvast zijn, een kader.

In de kleuterfase is het onderscheid tussen afstand en nabijheid duidelijker geworden, vooral door de tijd die het kind op school is. Toch is in deze fase de kleuter nog dichtbij, hij wordt bijvoorbeeld nog gebracht en gehaald naar en van school. Het sociale gebeuren ligt weliswaar vaak buiten het gezichtsveld van moeder, maar toch binnen een vrij nauwe cirkel rond het huis.

In de schoolkindfase verandert veel in afstand-nabijheid. Het kind gaat op verkenning uit, de cirkel om het huis wordt steeds groter. Exploreren staat op de voorgrond, exploreren van de directe omgeving, maar ook ver van huis. Exploreren omvat ook, of misschien wel juist, de sociale contacten. De typering van de schoolkindfase is dan ook de *verdere uitbreiding van de sociale wereld*. De wereld van het kind wordt steeds groter en dynamischer.

Vrienden worden steeds belangrijker en nemen gaandeweg een grotere plaats in. Samen met vrienden wordt de speelwereld ontworpen en ingericht, bijvoorbeeld in het bouwen van hutten en het oprichten van een club.

Gottman en Parker (1985) beschrijven, na een onderzoek, de ontwikkeling in de vriendschappen. Jonge kinderen (3 tot 7 jaar) hebben vriendjes met wie ze goed kunnen samenspelen, met wie het leuk spelen is. Oudere kinderen (8 tot 12 jaar) gaat het meer om acceptatie door leeftijdgenoten en om de gezamenlijke normen. Ook, volgens Gottman, om samen negatief te praten, te roddelen over een ander kind, dat op dat moment buitengesloten wordt. Doel daarbij is de groepsnormen te bevestigen.

Gottman (1983) geeft een overzicht van de verschillen in interactie tussen het spel van vrienden en het spel met vreemden. Vrienden communiceren duidelijker, zijn meer open naar elkaar en zijn beter in staat een conflict op te lossen.

Bigelow en LaGaipa (1975) beschrijven eveneens een ontwikkeling in de vriendschappen van kinderen. Zij geven een ontwikkeling aan van samen doen, elkaar helpen, naar elkaar begrijpen tot een zekere mate van intimiteit.

In termen van dit hoofdstuk kan gezegd worden dat de nabijheid van vrienden in de loop van de ontwikkeling ervaren wordt. Dat wil zeggen dat niet alleen de speelwereld van het kind groter wordt, ook de cirkel van personen rond het kind breidt zich uit.

Het kind gaat niet alleen lijfelijk verder bij de ouders weg, maar ook psychisch: door de ervaring van de nabijheid van vrienden, door het delen van geheimen met vrienden, door het delen van de gezamenlijk ontworpen speelwereld. Dat zijn heel wat zaken waar ouders niets van af mogen weten of maar heel summier. Het kind gaat op onderzoek uit en ontdekt een nieuwe wereld.

De in deze fase ontstane nieuwe dimensie, namelijk het ontdekken van de nabijheid van vrienden, betekent geen vervanging van de nabijheid van de ouders, maar een toevoeging.

De voor deze fase geformuleerde nabijheidsvorm, thuis rust creëren, zodat het kind kan verwijlen bij de ouders en samen met hen dingen kan doen, blijft de kern van de nabijheidsvorm in deze fase.

De schoolkindfase wordt gekenmerkt door dynamiek en exploratie. Het kind onderneemt actie, zowel in het spel op de eigen kamer als in de omgeving met leeftijdgenoten. De behendigheid in zowel sport als spel staat in hoog aanzien. In deze fase zien we dan ook als vorm voor nabijheid het *samen doen*: samen fietsen, samen een balspel doen, badminton spelen, samen winkelen. Van ‘samen doen’ is ook in de peuter- en kleuterfase sprake, maar in de schoolkindfase staat deze vorm voorop, mét het genoemde rust creëren.

Rust en samen dingen doen geven de momenten waarop gepraat kan worden, waarop vragen gesteld en beantwoord kunnen worden (integratie). Ouders kunnen het kind dan terzijde staan bij ervaren conflicten, bij ruzie in vriendschappen. Ouders zijn nabij en dit terzijde staan is een nabijheidsvorm. Als concrete vorm is in de fasetherapie gekozen voor het doorgaan met voorlezen, maar dan van een door het kind zelf gekozen boek, een boek dat het kind het meest aanspreekt. De lichamelijke, de intimiteit, het terzijde staan en het rust creëren kunnen dan vorm krijgen.

Zo ontstaat er gezamenlijkheid in de relatie met het kind, waardoor de relatie ook een kameraadschappelijk karakter krijgt. Het kind heeft de nabijheid van vrienden ontdekt, hij kent de kameraadschappelijke nabijheid.

Met dit ‘pakket’ aan ervaringen en verwachtingen (Crittenden, 1992) kan het kind het losmakingsproces en het streven naar autonomie in de adolescentiefase aan. Vooral de nabijheidservaring bij vrienden geeft houvast als in het losmakingsproces gevoelens van eenzaamheid ontstaan en het streven naar autonomie angst geeft.

Hiermee zijn we in de adolescentiefase aangekomen.

De adolescentiefase

Onder de adolescentiefase wordt tegenwoordig, naar Amerikaans gebruik, de prepuberteit, de puberteit en de adolescentie gerekend, een periode lopend van het 11e tot het 21e levensjaar (Graafsma, 1988). Daar deze indeling moeilijk hanteerbaar blijkt, wordt gesproken van fasen in de adolescentie (Blos, 1962).

Daar fasetherapie bedoeld is voor kinderen en jongeren tot ongeveer 16 jaar volgen we de nabijheidsontwikkeling tot en met de jong-adolescentie (of vroeg-adolescentie).

De ontwikkelingstaak van deze fase wordt zeer gevarieerd beschreven, namelijk als individuatieproces (Erikson, 1971), als het leren aangaan van intieme relaties buiten het gezin (Meerum Terwogt, 1988), als de ‘second individuation’ (Blos, 1962), als de fase van ‘formal operations’ (Piaget: Flavell, 1963), als omgaan met ‘the sexual self’ (Offer, 1987), als het verwerven van onafhankelijkheid en autonomie (Meeks & Bernet, 1990).

Bezien we deze opsomming, dan blijkt dat alle facetten van de ontwikkeling, zoals hiervoor per fase besproken, in de adolescentie van de persoon

zelf *zijn* vorm krijgen: intimiteit, in relaties beschikbaarheid (bijv. hulp aan vrienden), zelfstandigheid, sociale vaardigheid. Voor de jong-adolescent gaat het om de eerste aanzet van deze ontwikkeling. De eigen vorm, horend bij de persoon die een jong-adolescent is, is belangrijk. We zien dit bij hen aanvankelijk in experimenteelgedrag, zoals wisselen van kleding- en kapselstijl tot experimenteren met relaties. De adolescentiefase heeft ook een eigen betekenis (zie hoofdstuk 2).

In de adolescentie hebben we als een van de ontwikkelingstaken beschreven: het leren aangaan van intieme relaties buiten het gezin. Bij intieme relaties denken we, als we Marcel goed begrepen hebben (Inleiding), aan de hele persoon, zowel de lichamelijke kant, de seksualiteit, als de emotionele en cognitieve kant.

Wat het kind in de hele ontwikkeling aan relaties ervaren heeft, wordt in de adolescentie door experimenteren iets van hemzelf, hij geeft nabijheid een eigen vorm.

Gedurende deze fase heeft de jongere nog veel zorg, beschikbaarheid, intimiteit, kortom nabijheid in de vorm die bij zijn leeftijdsfase past, van zijn ouders nodig. Deze nabijheidsvorm moet hij integreren en maken tot iets van hemzelf. Hiermee geven we de nabijheidsvorm aan die in de adolescentiefase wordt toegevoegd. De nabijheidsvorm die de ouders in deze fase hanteren is het *bevestigen van het geborgen zijn in zichzelf*. Bevestigen houdt vertrouwen in, vertrouwen in de eigen mogelijkheden van de jongere. Nabijheid kan de vorm krijgen van stimuleren, van verantwoordelijkheid geven, maar ook van begrenzen.

De nabijheidsvormen uit de vorige fasen blijven, zij het in gewijzigde vorm, bestaan.

Steeds meer staan de ouders aan de zijlijn, ze moedigen aan, ze stimuleren, maar de jongere moet het zelf doen. Dit beeld komt niet uit de lucht vallen, ouders staan in deze fase vaak letterlijk aan de zijlijn – van een sportwedstrijd. Ze zijn erbij en dat wordt vaak belangrijk gevonden, maar ze kijken toe zonder toezicht te houden.

In de vroeg-adolescentie bevindt de jongere zich in de overgangsfase van schoolkind naar adolescent. De jongere begint zich in deze fase los te maken van zijn ouders, allereerst van de vroegkinderlijke zorg van de moeder, maar ook van de vader. De ouders vervagen als liefdesobject, zegt Blos (1962). Een nieuw liefdesobject (partner) is er nog niet, de jongere maakt een onzekere tijd door. Van de in een vorige fase al geconstateerde *beweging* is ook in deze fase sprake, namelijk in het teruggaan naar de vorige fase en ook vooruit grijpen op de volgende fase. Blos (1962) benadrukt in deze fase de regressie en progressie als behorend bij elkaar in een dialectisch proces: 'In defining the individuation process as the ego aspect of the regressive task in adolescence, it becomes apparent that the adolescent process constitutes, in essence, a dialectic tension between primitivization and differentiation, between regressive and progressive positions, each drawing its impetus from the other, as well as each rendering the other workable and feasible' (pag. 185).

Van de ouders vraagt dit veel flexibiliteit; concreet kan dit inhouden dat een jongere soms de lichamelijke nabijheid van de ouders zoekt en het volgende moment een conflict uitlokt. Afstand en nabijheid wisselen elkaar in uitersten vaak af.

Losmaking van de ouders is een proces, waarbij de individuatie steeds duidelijker gaat worden. Dat proces vindt ook voor de ouders plaats, er komen veranderingen 'die beide partijen in verwarring brengen' (Oudshoorn, 1985, pag. 138).

Laten we echter niet uit het oog verliezen dat dit proces voor de meeste adolescenten goed verloopt (Offer, 1987). Dat wil zeggen dat het voor veel jongeren *en* hun ouders goed verloopt.

Samenvattend kunnen we zeggen dat in de vroeg-adolescentie de lichamelijkeheid nog steeds een rol speelt, maar wisselend en steeds minder. Belangstelling en vertrouwen nemen een grotere plaats in. Van de ouders wordt gevraagd, juist in geval van nabijheid, flexibel te zijn, meer dan ooit oog te hebben voor dat wat *dit* kind nodig heeft.

In de fasetherapie loopt het opnieuw ervaren van nabijheidsvormen vanaf de babyfase tot aan de ontwikkelingsfase waarin het kind/de jongere zich bevindt, dat wil zeggen voor de adolescent tot aan de adolescentie. In de eigen fase van de jongere worden ouders/verzorgers begeleid in het vorm geven aan de nabijheidsvormen die bij de eigen fase horen, dus niet meer in contacten van tien minuten maar zoals nabijheid in het 'gewone' leven vorm kan krijgen. Daarbij wordt uitgegaan van de jongere zelf, van wat hem interesseert, en wordt er samen met de ouders en de jongere gekeken naar wat mogelijk is. Opgemerkt moet worden dat de jongere dan de eerdere fasen al doorlopen heeft en de intimiteit met de ouders ervaren heeft. Als het geborgen-zijn in zichzelf ervaren wordt, kan de adolescent de volwassenheid binnengaan, dan heeft hij de nabijheidsvormen ervaren.

De nabijheidsvormen zijn als volgt samen te vatten.

babyfase	peuterfase	basisschoolfase	adolescentie
lichamelijke geborgenheid	lichamelijke geborgenheid	lichamelijke geborgenheid	lichamelijke geborgenheid
	terzijde staan bij exploreren	terzijde staan bij exploreren	terzijde staan bij exploreren
		rust creëren	rust creëren
			bevestigen van het geborgen-zijn bij zichzelf

Dan zijn we nu toe aan de vraag hoe de behandeling in zijn werk gaat, hoe fasetherapie is opgebouwd.

De opbouw van fasetherapie

Fasetherapie bestaat uit drie behandelperioden.

Behandelperiode 1:

- a beginfase psychotherapie: in deze periode staat het wantrouwen centraal, de behandeling is gericht op het laten ontstaan van een begin van vertrouwen;
- b voorbereiding groepsleiding of ouders.

Behandelperiode 2:

- a introductie nabijheidsfasen in de sessies door de therapeut;
- b uitvoering van de fasenbehandeling door de eigen mentor/ouder/pleegouder;
- c terugkoppeling in de sessies door de therapeut;
- d afsluiting van de nabijheidsfasen.

Behandelperiode 3:

- a vervolgbehandeling psychotherapie met het accent op interacties;
- b vervolgbehandeling psychotherapie met het accent op zelfwaardering.

In behandelperiode 1 staat het wantrouwen centraal: het kind/de jongere houdt allerwegen afstand. De behandeling is gericht op het contact leggen en op het laten ontstaan van een begin van vertrouwen. Inhoudelijk heeft de therapeut daarvoor zijn ‘technieken’ zoals empathisch luisteren (van het eerste niveau, dat wil zeggen dat de therapeut de cliënt duidelijk maakt dat hij hem begrepen heeft), betrouwbaar zijn in afspraken, duidelijk zijn in de gangbare grenzen, het kind/de jongere serieus nemen, zowel in zijn wantrouwen als in zijn afwijzing van spel, maar vooral in de persoon die hij is.

Tijdens de eerste periode valt ook de voorbereiding van de opvoeders.

Deze voorbereiding omvat:

- uitleg van de achtergrond van fasetherapie;
- uitleg van wat fasetherapie inhoudt;
- aandacht voor wat dit oproept bij de mentor/ouder zelf (weerstand, eigen tekorten).

Zowel voor de begeleiding bij de fasetherapie als voor persoonlijke factoren is de therapeut beschikbaar.

In behandelperiode 2 wordt bij de introductie (a) de fasetherapie uitgelegd aan het kind/de jongere in termen van wat gedaan wordt, waarom dat gedaan wordt en welk doel het heeft. Het laten ervaren van de nabijheidsvormen wordt door de opvoeders gedaan (b) en wel in de eigen omgeving van de jongere. De reden hiervoor ligt in het kenmerkende van nabijheid. We hebben nabijheid verbonden met gehechtheidspersonen, zoals uit de omschrijving blijkt. De mentor van de jongere en zeker de pleegouders, adoptie-

ouders en biologische ouders staan voor een gehechtheidspersoon, de therapeut staat voor het tijdelijk: aan de therapie komt een eind.

In de wekelijkse therapie sessies wordt gepraat over de ervaring met de nabijheidsvorm (spiegelen), het terugkoppelen (c). Dat gebeurt al 'doende' of in een gesprekje. In de eerste behandelperiode is al begonnen met praten over gevoel, in deze periode wordt daarmee verdergegaan. De bedoeling is dat de jongere zich bewust is van wat de fasetherapie bij hem oproept om hem vervolgens te helpen bij het plaatsen/integreren van deze gevoelens (samenhang van de externe wereld en de interne wereld).

De fasen worden alle afgesloten (d) met een collage; tussen de fasen in is er steeds een periode van 14 dagen rust voordat de volgende fase begint. Na de laatste fase wordt in de therapie aandacht geschonken aan het verloop van een en ander via een evaluatie: hoe is het geweest, wat heb je eraan gehad, wat heb je ervaren, welke verandering heb je gemerkt in je dagelijks leven? Ook hiervan is de bedoeling: bewustwording. Bewustwording vinden we belangrijk met het oog op het serieus nemen van de jongere, hij is geen kind meer en cognitief kan hij het aan (Harter, 1990; Moretti & Higgins, 1990). Bewustwording heeft ook als functie dat de jongere zich bewust is van zijn leven, van dat wat hij tekort gekomen is. We beogen zover te komen dat hij deze feiten uit zijn leven *een* plaats kan geven. We cursiveren het woord 'een' om aan te geven dat we verwachten dat dit in latere levensfasen opnieuw aandacht behoeft (bijv. bij partnerkeuze en bij het vader of moeder worden). Bij kinderen heeft deze evaluatie een ander karakter, bewustwording geldt ook voor hen maar dan op het niveau dat bij hun ontwikkelingsfase hoort.

In behandelperiode 3 staat het gezinsleven centraal, met de gezinsregels, de gezinsinteracties en gezinsintimiteit (a). Daarnaast (niet per se na elkaar) krijgt het denken over zichzelf, de zelfwaardering aandacht: wat de jongere vindt van zichzelf, wat de jongere denkt dat anderen over hem denken, de relatie met zijn leeftijdgenoten. Het proces van zelfwaardering begint in feite al met de fasenbehandeling door de relatie die gelegd is tussen gehechtheid en zelfwaardering (hoofdstuk 2).

De verwerking van traumatische ervaringen is niet apart genoemd, maar kan zowel in behandel fase 1 als 2 voorkomen. De verwerkingsmethode die de voorkeur heeft is EMDR (zie het gedeelte over basistherapie). De plaats die de eigen ouders van de (uit huis geplaatste) jongere gaan krijgen is een fase die meestal in behandelperiode 2 begint.

De therapie kan afgerond worden als de zelfwaardering overwegend positief is.

Samenwerking met de cotherapeuten¹

Een eerste aandachtspunt bij de samenwerking is de *vertrouwelijkheid*. Met de jongere/het kind is de noodzaak van samenwerking en overleg besproken, ook de vorm van het overleg. Daarbij is duidelijk aangegeven dat de

¹ Gedeeltelijk eerder (in 2000) gepubliceerd: Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie, 27(3).

‘gewone’ psychotherapieregels blijven bestaan. Dat wil zeggen dat wat in de sessies gebeurt niet naar buiten komt tenzij na overleg en dat ieder overleg besproken wordt.

De ervaring met fasetherapie leert dat de meeste jongeren het vele overleg waardeerden. Het bleek dat zij zichzelf hierdoor als belangrijk gingen ervaren, als waardevol, een niet voorzien neveneffect.

Een tweede aandachtspunt is *de verzorger (vader/moeder/mentor) zelf*: wat roept dit gebeuren op aan weerstand, aan het eventueel ervaren van eigen tekorten, aan onzekerheid over hun wijze van handelen tijdens dit proces? Vooral de babyfase geeft aanvankelijk veel onzekerheid en vraagt derhalve veel begeleiding. Regelmatig komt het voor dat de ouderbegeleiding een psychotherapeutisch karakter heeft omdat bij een van de ouders (of allebei) eigen onverwerkt leed naar voren komt (zie de casus in hoofdstuk 6).

Een derde aandachtspunt is de juiste *afstemming tussen therapeut en verzorger*. Dit punt is ook een algemene zaak, ook bij gewone therapieën is afstemming belangrijk. Een therapeut moet weet hebben van het opvoedingsklimaat van het kind; de waarden, normen en verlangens van ouders/opvoeders moeten betrokken worden bij zijn doelstelling (Fournier, 1983). Bij fasetherapie krijgt de afstemming een extra accent, de fasenbehandeling vormt een onderdeel van de psychotherapie, mentor/ouders zijn cotherapeuten.

Daarom is de afstemming een onderdeel van de voorbereiding en het overleg.

Als uitvoerder van de fasenbehandeling doet de verzorger mee en wel op grond van zijn eigen deskundigheid, namelijk in zijn functie als opvoeder. Die functie krijgt een toevoeging binnen de grenzen van de functie, waardoor het samenwerken een meerwaarde krijgt.

Ouders voelen zich vaak schuldig als er iets met hun kind is, zeker als de oorzaak ligt in een traumatische episode in de vroege jeugd. Gevolgen van zowel het eigen niet goed psychisch functioneren als van een ziekenhuisverblijf van het kind worden door ouders vaak als hun schuld ervaren. Het mee kunnen doen, daadwerkelijk iets verhelpen, wordt dan door de ouders als heel bijzonder ervaren, temeer waar ze nodig zijn, omdat alleen zij dit kunnen doen.

Voor adoptieouders is het vaak zwaar als hun kind moeilijkheden geeft voortkomend uit de eerste levensfase waar zij part noch deel aan hadden. Vaak is te horen dat ze het kind zo graag vanaf het eerste begin hadden gehad. Daar nu toch iets mee te kunnen doen, is voor hen waardevol.

De regie van de hele behandeling ligt bij de therapeut. Dit houdt in dat de therapeut in het contact met de opvoeder de doelstelling van de therapie duidelijk maakt en ook bewaakt.

Voor het begin van de therapie heeft de opvoeder al ingestemd met zowel het doel als de wijze van behandelen. Ook de jongere heeft ingestemd met de wijze van behandelen.

De samenwerking is dan ook een gezamenlijk werken van therapeut, opvoeder en jongere aan de doelstelling.

De regie hebben houdt niet in dat de therapeut de wijze waarop de contacten van tien minuten plaatsvinden, voorschrijft. De wijze waarop dit ge-

beurt, is een zaak van opvoeder en jongere/kind. Het ervaren van nabijheid houdt vertrouwelijkheid in, waarbij de persoon van zowel de opvoeder als van de jongere betrokken is. Zij kiezen de vorm die bij hun persoon en bij hun interactie past. Het gevolg hiervan is dat de wijzen van uitvoeren verschillend zijn.

Dit is het meest merkbaar als de nabijheidsvorm van de babyfase wordt ervaren. De taak van de opvoeder in deze fase is het koesteren te laten ervaren. In het voorbereidingsgesprek wordt besproken wat hieronder wordt verstaan en is benadrukt dat het om een proces gaat. Een proces waarin het koesteren stap voor stap ervaren wordt. De wijze waarop de opvoeder koestert wordt opengelaten.

In de andere fasen wordt de vorm wel aangegeven, waardoor de verschillen tussen de verschillende opvoeders kleiner, maar niet verdwenen zijn.

In twee voorbeelden, één van een kind en één van een adolescent laten we in het gedeelte casuïstiek zien hoe fasetherapie in de praktijk vorm krijgt, welke moeilijkheden daarbij ondervonden worden, hoe die kunnen worden opgelost maar ook wat een veranderingen fasetherapie kan geven.

Basistherapie¹

Relationele gestoordheid bij volwassenen

Volwassenen melden zich geregeld aan met relationele klachten. Veelal blijken zij verschijnselen te vertonen die de diagnose ‘relationeel gestoord’ rechtvaardigen (zie de Inleiding). Deze verschijnselen staan relatievorming in de weg en dat wordt vaak als het moeilijkste ervaren.

Ter herkenning van de problematiek is te letten op de verschijnselen zelf, op het ontstaan van de verschijnselen vanuit de anamnese en op de verschijnselen die het gedrag in stand houden. Voorts is het zinvol het AAI af te nemen om de wijze van gehechtheid te kunnen bepalen. Bij de relationeel gestoorde problematiek wordt de gehechtheidswijze getypeerd als angstig/gepreoccupeerd.

Als *verschijnselen* van deze problematiek zijn te noemen: ambivalentie in de nabijheidsbeleving, namelijk nabijheid wensen – nabijheid weren, geringe sociale vaardigheden, aanklampgedrag, passief en teruggetrokken gedrag, uitingen van angst, boosheid, wantrouwen en twijfel, uitingen van verlatenheid en teleurstelling, lusteloosheid, verdriet. De twijfel en het wantrouwen zijn steeds gericht op zichzelf (negatieve zelfbeleving). Er is twijfel aan eigen kunnen en twijfel aan het recht op bestaan. Het wantrouwen betreft vooral dat wat anderen zeggen en doen. Het is uitgesloten dat anderen iets goed van je vinden of zeggen van je te houden of je aardig vinden. Dit wantrouwen verhindert relatievorming, zowel vriendschapsrelaties als intieme relaties. Er is angst voor liefde, voor verlies en verlating (hoofdstuk 2). Deze ang-

¹ Over basistherapie is in een andere vorm eerder (in 2002) gepubliceerd: zie Tijdschrift Cliënt-gerichte Psychotherapie, 40(3).

sten veroorzaken vaak juist datgene wat gevreesd wordt, namelijk conflicten of verlating. Er is dan sprake van *self-fulfilling prophecy* (Feeney, 1999), de voorspelling die zichzelf bewijst. Tijdens het praten over zichzelf wordt de persoon vaak overspoeld door gevoelens, vooral door verdriet. De verschijnselen worden op basis van de anamnese aangemerkt als gevolgen van basale onveiligheid, de *secure base* ontbreekt.

Voor *het ontstaan* van de problematiek is te letten op wisselende opvoedingssituaties en onvoldoende beschikbaar zijn van de opvoeders. Dit laatste heeft niet alleen te maken met afwezigheid van de ouders maar ook met een inadequate interactie tussen ouders en kind. Een inadequate interactie heeft vaak de vorm van niet op het kind gericht zijn, van niet ingaan op wat het kind nodig heeft. In de interactie zijn de binnen- en buitenwereld van het kind niet met elkaar in overeenstemming. Het spiegelen is niet adequaat geweest. Fonagy e.a. (2002) geven aan wat het gevolg kan zijn voor het kind als de uitingen van affect van de ouders niet aansluiten op het affect van het kind: 'will undermine the appropriate labeling of internal states, which may, in turn, remain confusing, experienced as unsymbolized, and hard to regulate' (pag. 9). De innerlijke wereld (affect van het kind) en uiterlijke wereld (affect van de ouders) moeten met elkaar in overeenstemming zijn wil de 'self-representation' tot stand kunnen komen. In het casuïstiekgedeelte wordt dat aangegeven.

In de jeugd is vaak sprake geweest van verschillende vormen van bedreiging: mishandeling, misbruik, wisselingen in de opvoedingssituatie, afstandelijkheid, kilte. Net als bij relationele gestoordheid bij kinderen en jongeren is er wel een gehechtheid op gang gekomen, maar de volwassene is als kind teleurgesteld in de gehechtheid, waardoor hij geleerd heeft dat verbonden zijn pijn, verdriet, bedreiging betekent. Het werkmodel dat meegenomen wordt in de ontwikkeling, is: ik ben waardeloos, niemand kan van mij houden (hoofdstuk 4). Of, anders gezegd, dat is wat geleerd is van intieme relaties.

En ten slotte de *verschijnselen die het probleemgedrag in stand houden*: nervositeit, depressiviteit, lage zelfwaardering, ambivalentie in nabijheid zoeken en nabijheid weren.

Voor een adequate behandeling zijn deze verschijnselen belangrijk; daar moet de behandeling zich op richten.

Basistherapie bij gehechtheidsproblematiek van volwassenen

Basistherapie als behandelingsvorm voor gehechtheidsproblematiek bij volwassenen (relationeel gestoorde volwassenen) gaat uit van het werkmodel van volwassenen over zichzelf en anderen.

Deze therapievorm is een systematische behandeling die zich richt op de gevolgen van gehechtheidsproblematiek. De behandeling richt zich op de ontwikkeling van relationele vaardigheden, dat wil zeggen op de voorwaarden voor het aankunnen van intimiteit. In de sessies neemt de ontwikkeling van het mentaliseringsvermogen een belangrijke plaats in. Het spiegelen, één van de technieken die daarvoor gebruikt worden, is in de cliëntgerichte

traditie een bekende techniek, de zogenaamde empathie van het eerste niveau. Gevoelens worden ook steeds in de interactie geplaatst en nagegaan wordt waar deze vandaan komen (reflecteren). De basistherapie richt zich daarnaast op het verwerken van trauma's en het opbouwen van zelfvertrouwen.

In tegenstelling tot de voorgaande behandelingen gaat het bij basistherapie niet om het ervaren van wat gemist is (nabijheid) maar om het bewerken van de verschijnselen. En wel om de volgende reden. Kinderen en ook jongeren zijn in een leeftijdsfase dat ze in meerdere en mindere mate afhankelijk zijn van volwassenen, ze hebben zorg en geborgenheid nodig. Elke ontwikkelingsfase tot aan de volwassenheid vraagt van de opvoeders beschikbaarheid, blijkend in nabijheid. In de fasetherapie wordt daarbij aangesloten en worden de gemiste nabijheidsvormen ervaren in de contacten van tien minuten. Het zal duidelijk zijn dat bij volwassenen deze vorm niet mogelijk is. Is een volwassene afhankelijk dan wordt gesproken van een persoonlijkheidsstoornis. Daarbij is het gevaar van bodemloos inhalen nauwelijks te voorkomen. Een volwassene met relationele problematiek zal op een andere manier uit de problematiek moeten groeien, waarvoor een andere behandeling nodig is. Daarin wil de basistherapie voorzien.

Ook de basistherapie is verdeeld in drie behandelperioden.

Behandelperiode 1

Dit is de *beginfase* en te typeren als het 'gewone' begin van een behandeling. Er wordt gewerkt aan een werkrelatie die tevens een vertrouwensrelatie is. Een moeilijkheid bij relationele gestoordheid is dat de cliënten veel wantrouwen hebben en vaak al veel behandeling achter de rug hebben, zodat ze niet meer geloven in genezing. Soms is het voldoende dit te accepteren, soms moet er meteen iets *gedaan* worden.

In het laatste geval wordt meteen het 'tien minuten zitten' geïntroduceerd, in andere gevallen pas op het moment dat het in het proces van de cliënt nodig is. Dat betekent iedere dag tien minuten zitten op een speciale manier, namelijk: ontspannen, buikademhaling, gedachten laten gaan. Het is een begin van het 'bij jezelf zijn'. Deze oefening kan veel gevolgen hebben, zoals onrust en angst die naar boven komen. Dat is moeilijk voor de cliënt, maar maakt ook duidelijk dat er iets gebeurt, dat een proces gestart is.

Daarna volgt de *voorbereiding van de basisbehandeling*, waarbij de problematiek vanuit de anamnese wordt besproken en in een kader wordt geplaatst. Dit is een theoretisch kader (gehechtheidsheorie) dat gegeven wordt om de cliënt structuur te geven. Structuur is noodzakelijk omdat de genoemde gevoelens (vooral verlatenheid) en de veel voorkomende dissociatieverschijnselen bij deze problematiek de cliënt vaak de greep op zijn leven doen verliezen.

De diagnose wordt bij de voorbereiding uitgediept en verklaard, zodat het behandelplan, in casu de basisbehandeling, begrijpelijk wordt.

Behandelperiode 2

Deze omvat de *basisbehandeling*, de kern van de behandeling, en kent drie onderdelen:

- introductie;
- bewerking van de basisbegrippen;
- veiligheid in zichzelf ervaren.

In de praktijk wordt gekeken wat de cliënt op dat moment vraagt en dat bepaalt de volgorde van werken. In de voorbeelden wordt duidelijk dat bijvoorbeeld begonnen wordt met veiligheid terwijl dat aspect hier bij de bespreking als laatste genoemd wordt. De therapeut dient de basisbehandeling goed te kennen om vanuit de cliënt te kunnen werken.

De *introductie van de basisbehandeling* bestaat uit een theoretische uitleg. Net als in de fasetherapie vormt de uitleg de cognitieve factor in de basistherapie. Hierbij is de interactie met de cliënt extra belangrijk. Ook hierbij gaat het om structuur aanbrengen, waarbij het luisteren en empathisch reageren (spiegelen) de interactie bepalen.

Er worden vijf centrale begrippen uitgelegd. Daarvan hebben er vier betrekking op de ervaring van de werkelijkheid, het vijfde begrip heeft betrekking op de negatieve beleving van zichzelf.

- 1 *Verlatenheid* : dit gevoel is te typeren als het ‘alleen-op-de-wereldgevoel’; dit wordt ervaren als alleen-zijn en dan op een wijze dat er geen band met wie dan ook gevoeld wordt. Het gevoel wordt gekenmerkt door oneindigheid. In dit gevoel wordt de onbegrensde van de onveilige gehechtheid (zoals beschreven bij differentietherapie) het sterkst ervaren.
- 2 *Tekorten* : hiermee wordt bedoeld het gemis aan geborgenheid, aan veiligheid; dit gevoel komt vaak naar voren als een behoefte aan aandacht. Het gemis aan geborgenheid en het verlatenheidsgevoel zijn gevoelens die dicht bij elkaar liggen, maar wel te onderscheiden zijn, vooral in de uitingsvorm. Verlatenheid is een eenzaam gevoel dat niet wordt opgeheven in gezelschap van anderen, vaak juist erger wordt in het bijzijn van anderen met als gevolg dat anderen gemeden worden. Gemis aan geborgenheid uit zich meestal in aandacht vragen en juist anderen opzoeken in de vorm van aanklampinggedrag.
- 3 *De gevolgen van tekorten*, zich uitend in gevoelens van twijfel en onzekerheid.
- 4 *Destructiviteit*: als het iets beter gaat met de cliënt is er een onderliggend gevoel dat het straks of morgen wel weer fout zal gaan, waardoor het handelen zo beïnvloed wordt dat het ook fout gaat (*self fulfilling prophecy*), of zelfs zo dat wat wel goed gaat teniet wordt gedaan; in het ergste geval suïcide.
- 5 *Gevoel van waardoosheid* : met de vier genoemde begrippen is een belangrijke stemming van de cliënt nog niet genoemd, een stemming die bepalend is voor zijn leven van alledag. Namelijk het gevoel niets waard te zijn en er beter niet te kunnen zijn. Dit gevoel van waardoosheid zorgt herhaaldelijk voor depressies en wanhoop. De bewerking van de vier ge-

noemde groundbegrippen en de bewerking van dit gevoel van waardeloosheid lopen vaak door elkaar. Bij dit gevoel van waardeloosheid zijn twee begrippen te onderscheiden, namelijk bestaansrecht en persoonsrecht. Deze beide begrippen zijn het fundament van de basistherapie. Onder bestaansrecht versta ik het recht om te bestaan als mens. Onder het persoonsrecht het recht om als *deze* mens te bestaan (zijn uniciteit). Rechten die door de relationeel gestoorde cliënt ontkend worden.

Bewerking van de basisbegrippen is een intensieve periode; begrip voor begrip wordt bewerkt, in de praktijk niet zo keurig in volgorde als hier beschreven wordt.

- 1 De bewerking van het eerste gevoel, *verlatenheid*, bestaat uit benoemen en wegsturen en wel op de volgende manier: dit is *verlatenheid*, en *verlatenheid* hoort niet bij een mensenleven (*verlatenheid* is namelijk een oneindig gevoel en in een mensenleven komt aan alles een eind); vervolgens wordt de aarde voorgesteld als een plat vlak zoals in de middeleeuwen en wordt het gevoel van de aarde geduwd. Ook hier is de cognitie hulpmiddel samen met het concretiseren van het gevoel.
- 2 Dan komen de *tekorten* aan de beurt: dit gevoel is herkenbaar als het verlangen om iemand zó bij zich te hebben dat het nooit zal ophouden. Dit gevoel moet afgesloten worden, omdat het verband houdt met de kinderlijke geborgenheid en niet opgevuld kan worden. Bij voorkeur gebeurt dit afsluiten op een concrete manier, zoals Gendlin (1981) uiteenzet in verband met het focussen. De cliënt wordt door deze ervaring in contact gebracht met het eigen gevoel. De meeste cliënten zien dit gevoel als een gat en sluiten dit af met een deksel. Als het gevoel afgesloten is, komt er een zee van verdriet, verdriet omdat niet meer kan worden verkregen wat zo nodig is en verdriet omdat het in het eigen leven zo gegaan is. Een troost hierbij is dat warmte die in het hier en nu wel geboden wordt, door de cliënt beter ontvangen kan worden. Toch blijft deze fase heel moeilijk voor de cliënt.
- 3 De *gevolgen van tekorten*, uitkomend in gevoelens van twijfel en onzekerheid, hebben grote invloed op het dagelijks leven en geven vaak veel lijdensdruk. De bewerking van deze gevoelens verloopt in drie stappen: *redeneren, in de realiteit plaatsen, focussen*.

Redeneren omvat vijf vragen en vijf antwoorden, die bij iedere twijfel of onzekerheid worden opgezegd. De vragen zijn als volgt.

Vraag 1: Wat voel ik? Antwoord: twijfel, onzekerheid.

Vraag 2: Wat betekent dat? Antwoord: negatief denken over mezelf.

Vraag 3: Waar komt dat vandaan? Antwoord: van de basis.

Vraag 4: Wat is er op die basis? Antwoord: fundamenteel wantrouwen (Erikson, 1971).

Vraag 5: Wat hoort er te zijn? Antwoord: positief vertrouwen.

De bedoeling hiervan is om het wantrouwen waaruit de cliënt leeft om te buigen in vertrouwen. Ook hierbij gaat het om structuur bieden in een als een brei ervaren hoeveelheid gevoelens en gebeurtenissen, die het leven

van alledag beheersen. Het redeneren moet eigenlijk ervaren en redeneren genoemd worden, er is een voortdurende wisselwerking tussen wat ervaren wordt en het redeneren.

In de realiteit plaatsen laat de cliënt zien dat in zijn leven ook veel dingen wel goed gaan, dat twijfel niet altijd gegrond is.

Focussen: de cliënt richt zijn aandacht op het gevoel van twijfel en bewerkt dit gevoel zoals Gendlin (1981, 1996) de techniek van het focussen beschrijft.

- 4 De bewerking van het vierde basisgevoel, *destructiviteit*, bestaat uit een uitleg wat dit gevoel betekent, namelijk dat het nauw samenhangt met de negatieve basis. Vervolgens wordt de cliënt geholpen met het plaatsen van zijn eigen wil tegenover dit gevoel en dat is opnieuw een gevecht voor de cliënt. Weer is hier een samengaan tussen de cognitieve kant en het ervaren.
- 5 Bij de bewerking van het gevoel van waardeloosheid wordt getracht het gevoel te concretiseren, het gevoel in het lichaam te laten ervaren. Concreet betekent dit dat de cliënt de begrippen bestaansrecht en persoonsrecht genoemd worden en aan de cliënt gevraagd wordt wat deze begrippen oproepen. Vervolgens wordt nagegaan hoe de cliënt zich deze begrippen kan eigen maken. Vaak noem ik bestaansrecht en persoonsrecht twee 'handvatten' en stel de cliënt voor deze een paar keer op een dag vast te houden en te zeggen wat deze begrippen betekenen, en dit één keer per dag voor de spiegel te doen. Hier wordt gebruik gemaakt van de cognitie, en wel omdat het gevoel dat door deze begrippen wordt opgeroepen angst is. Door gebruik te maken van de cognitieve factor kan de angst beheerst worden. Voor de cliënt is het een strijd, de uitspraken vallen op een negatieve bodem en worden geweerd. De houding en beschikbaarheid van de therapeut zijn hierbij zeer belangrijk. Op de therapeuthouding kom ik verderop in dit gedeelte terug.

Het laatste onderdeel van de tweede behandelperiode is de *veiligheid in zichzelf gaan ervaren*. Het ontbreken van veiligheid geeft angst. Angst is bij deze problematiek dan ook altijd aanwezig. Veiligheid ervaren is gericht op angstbeheersing en op het zich veilig voelen. Dat laatste wil zeggen dat iemand niet van een ander afhankelijk is om zich veilig te voelen. Een graadmeter daarbij is of iemand alleen kan zijn en zich dan prettig kan voelen.

De eerste stap om de veiligheid in zichzelf te ervaren is begrenzing. Eerder is het onbegrensde bij onveilige gehechtheid genoemd. Bij relationele gestoordheid is het onbegrensde te bemerken in het *open liggen*. Deze cliënten denken vaak dat anderen weten wat ze denken of voelen. In de behandeling wordt een fase voorgesteld van ononderbroken begrenzing, dat wil zeggen dat de cliënt zo veel mogelijk grenzen trekt tussen zichzelf en anderen. Dat doen ze door enige tijd bij iedereen die ze op straat tegenkomen, thuis bij hun partner en bij hun kinderen, op hun werk, te zeggen: dat is een ander, dat is Wim, of Piet of wie dan ook, ik ben..... Door deze begrenzing ervaren ze zichzelf in relatie met een ander.

De tweede stap is om van de leegte die gevoeld wordt bij onveiligheid een kamer te maken en in die kamer alles neer te zetten wat prettig is. Cliënten zetten dan bijvoorbeeld de kamer vol met waxinelichtjes, leggen zachte kussens neer of plaatsen een open haard. Ook gebeurt het dat iemand niets in de kamer zet of de kamer drie muren achter elkaar geeft. Dat wat in de kamer gezet wordt, geeft aan wat de cliënt nodig heeft om zich veilig te kunnen voelen. Het is de bedoeling dat de cliënt steeds even in 'zijn kamer' gaat zitten en van daaruit weer verdergaat. Zo kan er veiligheid worden opgebouwd.

De derde stap is de angst bewerken door benoemen (dit is angst), beredeneren (waar komt de angst vandaan) en door te focussen¹ op de angst.

De vierde stap in het verkrijgen van veiligheid is traumaverwerking. Bij deze problematiek zijn trauma's meer regel dan uitzondering. In de voorbeelden uit het casuïstiekgedeelte komt dat naar voren. De ervaring heeft mij geleerd dat traumaverwerking nauwelijks zin heeft als de basis niet goed is, als er sprake is van onveiligheid, van twijfel aan zichzelf en twijfel aan de eigen bestaansgrond. Pas als behandelperiode 2 goed op gang is gekomen, is er ruimte voor het verwerken van trauma's. Voor deze verwerking zijn verschillende methoden te gebruiken: schrijven en de twee door Greenberg, Rice en Elliott (1993) genoemde technieken, de *empty-chair*- en de *two-chairmethode*. De 'empty-chairmethode' gebruik ik vooral om haatgevoelens te laten uiten, om duidelijkheid in gevoelens te krijgen en om daardoor relaties te ervaren. De methode houdt in dat tegenover de cliënt een lege stoel wordt geplaatst waar de cliënt iemand in kan neerzetten met wie hij in een innerlijk conflict verwickeld is. Vervolgens werkt hij het conflict uit. Met de 'two-chairmethode' wisselt de cliënt steeds van stoel met als doel de houding van een ander te begrijpen en zijn eigen houding of mening beter over te dragen dan hij tot dan toe deed.

Het meest aan te bevelen bij traumaverwerking vind ik de toepassing van *eye movement desensitisation and reprocessing*, EMDR (Shapiro & Forrest, 1997).

EMDR² is een traumaverwerkingsmethode waarbij gewerkt wordt op basis van een basisprotocol; het is een 'geprotocolleerde procedure voor de behandeling van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) en andere 'met trauma gerelateerde' stoornissen' (De Jongh & Ten Broeke, 2003, pag. 21). Uitgangspunt is een concrete traumatische ervaring, een angstsituatie of een spanninggevendende situatie. De spanning die de cliënt ervaart als hij het trauma-verhaal vertelt wordt uitgezet op een 10-puntsschaal. Het einddoel is bereikt als de cliënt naar het traumabeeld kan kijken zonder spanning te voelen. Gebruik wordt gemaakt van afleidende stimuli (oogbewegingen, auditieve stimuli of tactiele stimuli) terwijl de aandacht gericht wordt op de innerlijke belevingen van het trauma. In de basistherapie wordt EMDR al vrij snel (meestal in behandelperiode 2) gebruikt als verwerking bij trauma's, maar ook voor het installeren van een veilige plek en bij de bewerking van het ge-

¹ ⁷ Voor een beschrijving van de methode focussen verwijst ik naar de publicaties van Gendlin.

² Voor een theoretische bespreking van EMDR verwijst ik naar de publicaties van Shapiro in de Verenigde Staten en van De Jongh en Ten Broeke in Nederland.

brek aan zelfvertrouwen en zelfwaardering (vaak concreet ervaren in een spanningssituatie), en ook bij het bewerken van dwangmatigheden. Begonnen wordt met de basistherapie; EMDR wordt later in het proces ingepast en dan, als het ware, door het proces heen geweven. Ook hierbij geldt de toestand van de cliënt als doorslaggevend. Dat wil zeggen dat, als het trauma op de voorgrond staat en de cliënt er voortdurend mee bezig is, de verwerking van het trauma voorrang heeft.

Behandelperiode 3

Deze periode is de opbouwfase en bestaat uit een vervolgbehandeling met het accent op stabilisering en een vervolgbehandeling met het accent op vertrouwen op eigen gevoel en kunnen. Deze periode wordt gekenmerkt door golfbewegingen, het opgebouwde vertrouwen in zichzelf is soms duidelijk aanwezig en soms weer weg. Teruggrijpen naar de tweede behandelperiode komt regelmatig voor. De interventies richten zich op de dagelijkse ervaringen in het werkleven en vooral in de relationele sfeer. De cliënt ontdekt nieuwe mogelijkheden in zichzelf, het innerlijk groeiproces is op gang gekomen.

De hele behandeling bestaat uit het systematisch bewerken van de onderscheiden gevoelens op basis van de gehechtheidstheorie. In de interactie van de cliënt met de therapeut wordt steeds nagegaan wat maakt dat deze of die gevoelens nu komen, wie of wat riep die gevoelens op, en waar komen deze gevoelens vandaan (spiegelen en reflecteren). Kortom, een doorlopend mentaliseringsproces. Daarbij is veel aandacht voor het begrenzen en structureren van gevoelens omdat de cliënt vaak overspoeld wordt door gevoelens.

Dat is een actie van cliënt en therapeut samen; de houding van de therapeut en zijn vaardigheden zijn hierbij van doorslaggevend belang. Daar wil ik, tot besluit, op ingaan.

Houding en vaardigheden van de therapeut

Een therapeut heeft voor deze behandeling ervaring nodig met langer durende psychotherapeutische processen omdat deze behandelingen lang duren, gewoonlijk twee jaar of langer. Bij een lang proces zijn enkele aandachtspunten te noemen.

Het bewaken van het proces in de behandeling is bij lange duur moeilijker dan bij korte duur en vraagt van de therapeut extra voorbereiding en administratie.

Een langdurige behandeling, en zeker deze, geeft een zekere afhankelijkheid van de cliënt aan de therapeut. Daar moet de therapeut mee om kunnen gaan. Als factoren die de afhankelijkheid bevorderen zijn de volgende voorbeelden te noemen.

In deze processen praat de cliënt vaak over zijn eigen kinderen: 'Heb ik mijn kinderen wel het nodige gegeven of moeten zij ook zo'n proces door?' Er wordt dikwijls gepraat over de partnerrelatie, bijna altijd zijn er enkele partnerrelatiegesprekken. Ook wordt vaak gepraat over werk of over de dagbesteding. Dit zijn onderwerpen die op zich zinvol zijn om te bespreken.

Een gevaar hierbij is dat de cliënt zijn behoefte aan aandacht tracht op te vullen bij de therapeut en daarvoor dit praten gebruikt. Deze aandachtsbehoefte is, zo is mijn ervaring bij relationele gestoordheid, het gevolg van de veiligheidstekorten in de jeugd. De opvulling van deze tekorten bij de therapeut betekent dat de cliënt de therapeut steeds meer nodig zal hebben en helemaal afhankelijk wordt. Dat is dan bodemloos inhalen. Om dit te voorkomen dient het proces steeds weer besproken te worden, waarbij de therapeut de basisbehandeling als het belangrijkste onderdeel in het proces blijft aanmerken. Gezien de afhankelijkheid zal de therapeut meer dan gemiddeld afstand en nabijheid als methode moeten hanteren.

Als belangrijkste factoren van de houding van de therapeut zijn te noemen het *betrokken* en het *beschikbaar zijn*.

In de fasetherapie wordt de kernactiviteit gevormd door het laten ervaren van nabijheidsvormen door de verzorger, een gezamenlijke activiteit. In de basistherapie wordt de kernactiviteit gevormd door het omzetten van negatieve gevoelsbegrippen in positieve, een eenzame activiteit. Om deze activiteit te kunnen uitvoeren heeft de cliënt de nabijheid van de therapeut nodig, in de therapeutische sessies en in zijn beschikbaarheid daarbuiten. In de sessies vraagt dat het hanteren van afstand en nabijheid en wel zo dat gekeken wordt of de cliënt afstand dan wel nabijheid behoeft. Als een van de kenmerken van deze problematiek is immers genoemd de ambivalentie in de nabijheidsbeleving, namelijk nabijheid wensen – nabijheid afweren. Met nabij-zijn bedoel ik, zeer nadrukkelijk, niet een lichamelijk nabij-zijn, maar nabij-zijn met de ogen en met woorden.

De beschikbaarheid van de therapeut in de sessies spreekt voor zich, de beschikbaarheid buiten de sessies vraagt om toelichting. Ik bedoel in deze processen met beschikbaarheid dat een cliënt kan bellen en/of mailen als dat nodig is. Dat wil zeggen dat als, bijvoorbeeld, de verlatenheid opkomt en de cliënt wanhopig is en zich ellendig voelt, hij even met de therapeut kan praten. De cliënt krijgt daarmee naast acute hulp ook de ervaring wat beschikbaarheid betekent en beschikbaarheid is een gehechtheidsfactor.

En dat is wat dit proces beoogt: *de cliënt helpen zich te hechten in het leven*.

In twee voorbeelden in het casuïstiekgedeelte zal deze behandeling geïllustreerd worden. In beide voorbeelden gaat het om personen met bovengemiddelde intelligentie. Dat wil niet zeggen dat hogere intelligentie voorwaarde is, in mijn praktijk zijn net zoveel voorbeelden te geven van gemiddelde intelligentie, van lager dan gemiddelde intelligentie en ook van lichte zwakzinnigheid. Het criterium is of de cliënt de uitleg begrijpt.

