

Emotionally focused family therapy

Een aangepaste Nederlandse versie van een experiëntiële hechtingsbenadering van gezinsproblemen

.....
Lenny Rodenburg & Henk Jan Conradi

Samenvatting

Onderliggend aan psychische problemen bij kinderen wordt vaak een belangrijk transdiagnostisch proces gezien, namelijk problemen met emotieregulatie en stresshantering. In de hechtingstheorie worden onveilige hechtingsrelaties in het gezin beschouwd als bron van disfunctionele emotieregulatie. *Emotionally focused family therapy* (efft; Furrow, Palmer, Johnson, Faller & Palmer-Olsen, 2019) heeft als doel de hechtingsrelaties tussen ouders en kinderen en tussen ouders onderling veiliger te maken. Efft helpt ouders om meer beschikbaar en responsief te zijn voor de behoeften aan waardering, steun en geruststelling van hun kinderen. Gesterkt door de waardering en steun van hun ouders leren kinderen emoties als boosheid, angst en somberheid beter te reguleren en wordt hun vertrouwen in zichzelf en anderen vergroot. In dit artikel worden het transdiagnostische karakter en de hechtingstheoretische achtergrond van efft beschreven. Voorts wordt een schets van het efft-behandelprotocol gegeven met aanpassingen vanuit andere op hechting gebaseerde gezinstherapieën, namelijk *attachment-based family therapy* en *dyadic developmental psychotherapy*. Op dit moment zijn we bezig met het opzetten van een onderzoek naar de effectiviteit van onze aangepaste, meer gestructureerde versie van efft.

Transdiagnostische aanpak

In de afgelopen jaren is er in de kinder- en gezinspsychologie steeds meer belangstelling ontstaan voor gemeenschappelijke onderliggende mechanismen die de specifieke DSM-gedefinieerde diagnoses overstijgen. Hoewel internaliserende en externaliserende stoornissen en daarmee samen-

hangende comorbide stoornissen duidelijk verschillende verschijningsvormen kennen, zoals hyperactiviteit, terugtrekgedrag, boosheid en somberheid, zijn ze voor een substantieel deel terug te brengen tot een beperkt aantal onderliggende transdiagnostische processen. Voorbeelden van dergelijke processen zijn *appraisal*, oftewel de taxatie van (sociale) situaties, en, daarmee samenhangend, emotieregulatie (Dalglish, Black, Johnston & Bevan, 2020). Hechting omvat zowel *appraisal* als emotieregulatie (Mikulincer & Shaver, 2016) en wordt beschouwd als een belangrijk transdiagnostisch proces (Insel et al., 2010). Onderzoek laat zien dat onveilige hechting bij adolescenten een risicofactor is voor psychopathologie – zoals angst (Colonnesi et al., 2011; Lee & Hankin, 2009), depressie en suïcidaal gedrag (Wagner, Silverman & Martin, 2003), en middelenmisbruik en crimineel gedrag (Allen, Hauser & Borman-Spurrell, 1996) – en dat veilige hechting een veerkrachtfactor is in het behoud van mentale gezondheid (Fritz, De Graaff, Caisley, Van Harmelen & Wilkinson, 2018). In emotionally focused family therapy (efft; Furrow et al., 2019) is onveilige hechting het aangrijpingspunt van behandeling en veilige hechting het behandeldoel. Efft vormt daarmee een veelbelovende systemische interventie gericht op ouders en kinderen die het stoornisspecifieke karakter overstijgt. Efft kan worden toegepast bij gezinnen met kinderen vanaf circa zes jaar. Indicaties zijn negatieve interactiepatronen en emotieregulatieproblematiek binnen gezinnen, samenhangende met internaliserende of externaliserende problemen bij het aangemelde kind, of de omgang met trauma en problemen in nieuw samengestelde gezinnen (Furrow et al., 2019). Rationale is dat veel aanmeldingsklachten veroorzaakt of verergerd worden door negatieve interactiepatronen, waardoor steun en waardering binnen het gezin afkalven. Dit ondermijnt stressbuffering en het zoeken naar en toepassen van praktische oplossingen voor de aanmeldingsproblemen. In een aantal gevallen zal echter na efft specifieke additionele behandeling voor restklachten nodig zijn.

In dit artikel gaan we in op de relatie tussen hechting en de ontwikkeling van het vermogen om emoties te reguleren omdat dit centraal staat in efft. Voorts geven we een schets van het door ons gebruikte efft-behandelprotocol. Dat is meer gestructureerd dan de oorspronkelijke behandelmethodiek (Furrow et al., 2019) en in onze ervaring daardoor transparanter in de toepassing en beter overdraagbaar. Ten slotte besteden we aandacht aan raakvlakken en verschillen met twee vergelijkbare systemische hechtingsgerichte methodieken, te weten attachment-based family therapy (abft; Diamond, Diamond & Levy, 2014) en dyadic developmental psychotherapy (ddp; Hughes, 2007).

Emotieregulatie, werkmodellen en hechting

Psychische problemen van kinderen kennen veel verschijningsvormen. Onderliggend vormen emotieregulatieproblemen vaak een belangrijk transdiagnostisch proces (Insel et al., 2010). In de hechtingstheorie worden onveilige hechtingsrelaties in het gezin beschouwd als bron van disfunctionele emotieregulatie (Mikulincer & Shaver, 2016). De manier waarop het hechtingssysteem functioneert is op drie niveaus te beschrijven: (1) cognities (verwachtingen omtrent beschikbaarheid en responsiviteit van de ouders), (2) gedrag (de mate van nabijheid zoeken tot de ouders) en (3) emoties. Om te beginnen met het laatste: emoties worden effectief gereguleerd wanneer hechtingsgedrag leidt tot de vervulling van de behoeften aan veiligheid, bekrachtiging (je waardevol, gewaardeerd en geliefd voelen), steun (het krijgen van hulp bij emotionele problemen) en troost (geruststelling bij stress). Mensen die zich geliefd, gesteund en getroost weten, voelen zich beter dan mensen bij wie dit niet het geval is (Mikulincer & Shaver, 2016).

De manier waarop kinderen hun hechtingsbehoeften uiten, dat wil zeggen het hechtingsgedrag (veilig, angstig en/of vermijdend), verschilt van kind tot kind en hangt samen met de verwachtingen (appraisal) die ze hebben over de reactie van hun ouders op hun hechtingsgedrag (Mikulincer & Shaver, 2016). Die verwachtingen hebben betrekking op de beschikbaarheid en responsiviteit van de ouders en zijn gebaseerd op eerdere hechtingservaringen die worden neergeslagen in cognities of innerlijke werkmodellen. Emotieregulatie is in de hechtingstheorie daarom een dyadisch proces (Levenson, Haase, Bloch, Holley & Seider, 2015). Enerzijds zal het kind zijn hechtingsbehoeften wel of niet openlijk durven te uiten, anderzijds (en daarmee samenhangend) zal de ouder als hechtingsfiguur daarop reageren door wel of niet beschikbaar en responsief te zijn.

Veilig gehechte kinderen beschikken over een functionele emotieregulatie. Als zij zich gestrest voelen, zoeken zij nabijheid tot hun hechtingsfiguur en uiten openlijk hun behoefte aan bekrachtiging, steun en/of geruststelling vanuit de verwachting dat hun ouders beschikbaar zijn (openstaan voor hun behoeften) en responsief zijn (helpen hun behoeften te vervullen) (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Deze verwachtingen worden opgeslagen in interne werkmodellen van het zelf: 'Ik ben het waard om van te houden en gesteund te worden', en van de ander: 'Mijn ouders zijn er voor mij als ik hen nodig heb', en bepalen in hoge mate de vorm van de interacties met anderen. Samen zijn ze medebepalend voor de veerkracht ofwel het vermogen om adequaat van stress te herstellen (Nicolai, 2017).

Onveilige hechting gaat daarentegen gepaard met disfunctionele emotieregulatie (Mikulincer & Shaver, 2016). Angstig gehechte kinderen hebben de ervaring dat ouders soms wel en soms niet beschikbaar zijn als ze nabijheid zoeken, en soms wel en soms niet responsief reageren op hun behoeften aan waardering, steun en troost. Hun innerlijke werkmodellen over zichzelf en anderen worden getekend door onzekerheid of ze wel de moeite waard zijn en of de ouder er wel voor hen is. Om hun angst om afgewezen te worden te bezweren, hyperactiveren zij normaal hechtingsgedrag van nabijheid zoeken door de ander aan te klampen en min of meer te eisen dat deze hun behoeften vervult. Vermijdend gehechte kinderen hebben de verwachting ontwikkeld dat hun ouders meestal afwijzend reageren op nabijheid zoeken, dat wil zeggen niet beschikbaar en responsief zijn. Hun innerlijke werkmodel van de ander wordt gekleurd door wantrouwen. Uit zelfbescherming tegen de verwachte afwijzing deactiveren zij hun hechtingsstelsel en zoeken zij de ander niet op maar vermijden die juist. Overigens zien we in de praktijk geregeld mengvormen van veilig, angstig en vermijdend hechtingsgedrag.

Emotionally focused family therapy heeft hechting als basis

Hoewel hechting relatief stabiel is, is ze ook veranderbaar (Fraleigh, 2002). Zo kunnen veilig gehechte kinderen onveilig gehecht raken door verlieservaringen als scheiding, ziekte, overlijden, trauma of ingrijpende veranderingen als emigratie. Anderzijds kunnen onveilig gehechte kinderen door meer beschikbare en responsieve (voorspelbare, begripvolle en afgestemde) ouders veiliger gehecht raken. Dat biedt perspectief voor correctieve ervaringen binnen hechtingsgerichte gezinstherapieën.

In hechtingsgerichte gezinstherapie draait het om het veiliger maken van de hechtingsrelaties, herstel van onderling vertrouwen, en daarmee het functioneler maken van de emotieregulatie. Centraal staat dat het kind leert emotionele behoeften openlijk en direct te uiten. Dat kan echter alleen als het kind het vertrouwen heeft dat de ouders beschikbaar en responsief zijn. De ouders zullen daarom geholpen moeten worden open te staan voor de behoeften van hun kinderen en hen adequaat te helpen om hun emoties te co-reguleren door hen gerust te stellen, te steunen en te bekrachtigen. Een dergelijke cumulatie van positieve ervaringen wordt neergeslagen in functionele werkmodellen van het zelf (het vertrouwen de moeite waard te zijn om gesteund te worden) en de ander (het vertrouwen dat de ouder begrip zal hebben en steun zal bieden op moeilijke momenten). Dit alles staat centraal in EFFT.

Efft (Furrow et al., 2019) is een systeemtherapie die zich richt op het hele gezin. Efft begrijpt de individuele klachten van het kind in de context van verstoorde hechtingsrelaties binnen het gezin. Hechtingsproblemen worden daarbij nadrukkelijk niet als individuele pathologie van het kind gezien ('Mijn kind heeft een hechtingsstoornis'), maar als een systemisch probleem, namelijk een ontspoorde emotieregulatie en stresshantering tussen ouders en kinderen. Als gevolg van eerdere ervaringen zijn de hechtingsrelaties in het gezin onveilig geworden, wat zich uit in negatieve interactiepatronen van hoogoplopende conflicten (hyperactivatie van het hechtingssysteem) en/of emotionele afstand en kilte tussen ouders en kinderen (deactivatie van het hechtingssysteem). Het kind ervaart de ouder meer en meer als niet beschikbaar en onveilig. Het effect van onderling wantrouwen is dat het kind niet meer openlijk praat over dingen waar het mee zit. Kinderen in deze situatie vertonen vaak gedrags- en emotionele problemen, omdat ze zich alleen voelen en niets delen met de mensen om hen heen. Ouders en kinderen begrijpen elkaar niet meer en beiden zitten klem in de eigen al dan niet opgekropte emoties als sterke woede en verdriet die in interactie met elkaar ontstaan zijn. Herstel van onderling vertrouwen is daarom vaak ingewikkeld. Vaak is het kind zichzelf de schuld gaan geven van alle problemen in het gezin en heeft het een zeer negatief beeld van zichzelf en de ander opgebouwd. Bij de ouders zien we ondanks hun streven liefdevol en begripvol op hun kind te reageren geregeld ook disfunctionele emotieregulatie. Zij kunnen overreageren op het gedrag van hun kinderen, dat wil zeggen buitenproportioneel boos of kritisch reageren (hyperactivatie). Voorbeelden zijn ouders die heel boos worden als ze door hun kind geraakt worden in hun eigen angst om afgewezen te worden ('Je bent een rotmoeder!'), of ouders die zich te veel zorgen maken over hun kind en hen te veel willen beschermen, of alles willen controleren omdat ze hun kind wantrouwen. Anderzijds kunnen ouders emotioneel ook juist onderreageren (deactivatie), bijvoorbeeld als ze onzeker zijn over de opvoeding, de opvoeding hebben opgegeven, afstand nemen, geen eisen meer durven te stellen, de emoties van hun kind negeren, te veel met hun eigen leven en werk bezig zijn, verstijven en blokkeren.

Het veiliger maken van de hechtingsrelaties tussen ouders en kinderen betekent dat het kind nabijheid zoekt tot de hechtingsfiguur en openlijk kwetsbare emoties als angst, onzekerheid en somberheid en daarmee samenhangende hechtingsbehoeften aan waardering, steun en geruststelling deelt. Dit doet de therapeut door ruimte te geven aan ieder gezinslid, zodat ieder openlijk kan en durft te zeggen wat er in hem of haar leeft, dus juist dat te zeggen wat eerder niet gezegd kon worden.

Cruciaal daarin is dat de ouders, vanuit hun positie en verantwoordelijkheid, als eerste leren beschikbaar te zijn voor de kinderen en responsief op hun hechtingsbehoeften in te gaan. Hierbij is er niet alleen aandacht voor kind-ouderinteracties, maar ook voor de onderlinge relatie tussen de ouders en hun eigen hechtingsgeschiedenis.

Voorbeeld: vader van een sombere, teruggetrokken dochter (deactivatie)

Dochter heeft zich teruggetrokken op haar kamer, is somber en heeft weinig vrienden. Vader maakt zich zorgen om haar, wil alles voor haar doen, vraagt regelmatig naar hoe zij zich voelt, maar er komt niets uit. Ze houdt haar vader op afstand. Gek wordt hij ervan. Hij heeft het gevoel te falen als vader. In efft wordt gezocht naar een antwoord op de vraag waar zijn dochter het vertrouwen is kwijtgeraakt en wat maakt dat ze niet naar hem toekomt als ze zich somber, ongelukkig en eenzaam voelt. Vader heeft haar opgevoed vanuit een houding dat ze alles tegen hem kan zeggen. Toch doet ze het niet. Wat is er in hun leven gebeurd dat zij is gaan geloven dat ze haar problemen allemaal zelf moet oplossen? Dat ze haar ouders daar niet mee kan belasten omdat zij zelf al zoveel aan hun hoofd hebben? Dat zij haar toch niet echt begrijpen? Centraal in efft staat hoe zij als ouders er weer kunnen zijn op een manier die aansluit bij hun kind zodat zij haar de steun en troost kunnen bieden die zij nodig heeft.

Voorbeeld: moeder met hoogoplopende conflicten met haar zoon (hyperactivatie)

Elke dag opnieuw probeert een moeder een nieuwe start met haar zoon te maken. Ze houdt van hem, doet erg haar best en wil graag dat het anders gaat. Als hij thuiskomt uit school zit zij al op hem te wachten. Ze begroet hem en heeft een glas drinken voor hem klaargezet. Hij loopt echter zonder iets te zeggen langs haar heen met rollende ogen en zucht hevig. Op zo'n moment voelt moeder zich afgewezen, genegeerd en waardeloos. Ze doet haar best en hij doet alsof zij lucht is. Het voelt als een steek in haar moederhart, kwetsend, en het irriteert haar mateloos. Die ochtend heeft haar zoon haar uitgescholden omdat hij iets moest opruimen, en dan komt hij zonder spijt te laten zien thuis en loopt pontificaal langs haar heen. Op dat moment knapt er iets bij haar. Woedend loop zij achter hem aan, ze wil tot hem doordringen en hem door elkaar rammelen. Als ze dan zijn nonchalante blik ziet, wordt zij nog kwader en schreeuwt: 'Ik ben helemaal klaar met jou, het is hier geen hotel, ga maar bij je vader wonen ...' Dit wilde ze helemaal niet, ze houdt van hem, ze wil contact, ze voelt zich falen. Vanuit haar eigen frustratie wijst moeder haar kind af.

Samen met haar kind is moeder in een zichzelf herhalend patroon gekomen. Er wordt niet geluisterd, er is steeds spanning en het kind trekt zich terug en sluit zich af of laat alleen maar boosheid zien. Moeder en kind komen er niet uit en worden er allebei niet gelukkig van.

In eeft werken we aan herstel van contact. Hoe kunnen ouder en kind elkaar beter begrijpen? Wat wordt er niet uitgesproken? Welke emotionele kwetsuren hebben beiden opgelopen? Achter boosheid of schijnbare onverschilligheid schuilen vaak meer kwetsbare emoties zoals angst over het dreigende verlies van de relatie met de ouder, verdriet over de verloren relatie, of somberheid en zich alleen voelen in de relatie. In plaats van de kwetsbare emoties te uiten, reageren kinderen en ouders vaak defensief uit angst om afgewezen te worden. Dit is een beschermingsmechanisme. Op het moment dat het kind zich geraakt of verdrietig voelt, geeft het vaak als eerste reactie: 'Laat me met rust, het kan me niet schelen', of 'Ik ben boos op jou.' Reacties die afstand scheppen. Hierachter zit vaak een andere boodschap die niet meteen uitgesproken wordt: 'Je hebt me gekwetst, ik voel me niet gehoord, ik voel me ongelukkig. Maar ik ben bang dat als ik dat aan je toon, je me niet zult begrijpen of zult afwijzen.' Reacties die de afstand juist kunnen verkleinen. In eeft leren ouders en kinderen te praten over de kwetsbare emoties achter boosheid en onverschilligheid.

Accentverschillen tussen de drie hechtingsgerichte modellen: toevoegingen aan eeft

De drie hechtingsgerichte modellen (eeft, abft en ddp) hebben veel overeenkomsten. De basis is de hechtingstheorie, ze zijn systeemtherapeutisch (het gezin wordt betrokken, de klacht wordt in de relationele context geplaatst) en ze zijn gericht op de emoties, beleving en impact van oude pijn en trauma achter interactieproblemen. Het doel van alle drie is: herstel van veilige hechting door herstel van onderling contact en vertrouwen, het verbeteren van de emotieregulatie en het versterken van de aanwezigheid van ouders in afstemming op de behoeften van hun kinderen. De drie modellen zijn oorspronkelijk ontstaan vanuit verschillende doelgroepen. Eeft richtte zich op gezinnen met vastgelopen interactiepatronen waarbij ouders en kinderen pijn aan elkaar opgelopen hebben en het contact met elkaar kwijt zijn. Abft richtte zich in eerste instantie op depressieve jongeren en ddp op kinderen uit pleeg- of adoptiegezinnen. Elk model heeft een bepaalde mate van structuur, benoemt verschillende interventies en beschrijft de therapeutische houding. Maar elk model heeft ook zijn eigen sterke kanten: abft vertelt vooral de stappen (wat je

moet doen), *efft* beschrijft duidelijk de interventies (hoe je het moet doen) en *ddp* heeft veel aandacht voor de therapeutische houding. De sterke kanten van *abft* en *ddp* hebben we geïntegreerd met *efft*. Tabel 1 toont de sterke kanten van elk model, en in het vervolg wordt dit toegelicht.

Tabel 1 De sterke kanten van *abft*, *efft* en *ddp*

Abft	Efft	Ddp
Wat moet je doen (structuur)?	Hoe moet je het doen (interventies)?	Vanwaaruit moet je het doen (houding)?
Vaste structuur, opbouw behandeling: taak 1-5; aparte ouder- en kindfase	Interventies: heldere uitwerking van reflecteren, valideren, evocatieve vragen, intensiveren en ervaren van emoties	Therapeutische houding: 'pace' en emoties onder-titelen (gissen/missen)
Duidelijke routekaart: stapsgewijze opbouw per taak	Circulair proces middels de <i>efft</i> -tango: vijf stappen	Intersubjectiviteit; verdieping in herstelfase
Concrete relationele reframevraag: klacht in de context	Relationele blokkades bij de ouders en/of het kind	Grote aandacht voor ouderfase

Noot. *Abft* = attachment-based family therapy; *efft* = emotionally focused family therapy; *ddp* = dyadic developmental psychotherapy.

Schets van een gestructureerd *efft*-behandelprotocol

In *efft* worden door middel van herhaalde *enactments* corrigerende hechtingservaringen tussen ouders en kinderen in gang gezet, waarbij kwetsbaarheid omgezet wordt in kracht, angst in geruststelling, isolement in verbinding en intense onzekerheid in zich geaccepteerd voelen. Herstel van contact tussen de gezinsleden is daarin zowel voorwaarde als behandeldoel. Op deze manier kunnen ouders de ouder zijn die ze graag willen zijn en die hun kind zo nodig heeft. Kinderen worden daardoor competent en veerkrachtiger en krijgen een positiever beeld van zichzelf en van relaties met anderen. Dat hangt samen met een vermindering van angst- en stemmingsklachten, verbetering van (school)functioneren enzovoort.

In het oorspronkelijke *efft*-behandelprotocol (Furrow et al., 2019) worden drie fasen onderscheiden waarin negen doelen centraal staan. De therapeut wordt daarbij min of meer vrijgelaten met welke subsystemen (ouder-ouder, kind-ouder) of individuen er gewerkt wordt in de verschillende fasen en stappen, en in welke volgorde. In onze ervaring hebben

therapeuten echter meer houvast nodig. Geïnspireerd door abft (Diamond et al., 2014) hebben we het oorspronkelijke eeft-behandelprotocol daarom meer gestructureerd. Fase 2 is opgesplitst in twee fasen: een fase met de ouders apart en een fase met het kind apart. In deze fase worden de onderliggende kwetsbare emoties geëxploreerd en staan de daaraan gerelateerde behoeften centraal. Veiligheid is cruciaal, omdat ouders en kind op hun kwetsbaarst zijn. In fase 3 wordt weer met het hele gezin gewerkt. Hierbij zijn de doelen zoals geformuleerd door Furrow en collega's (2019) behouden gebleven. De duur van eeft varieert in het algemeen van tien tot dertig sessies.

Fase 1: Gezin: werkalliantie, assessment van interacties, relationele herkadering Aangezien de aanmeldingsklachten in eeft worden begrepen in samenhang met onveilige hechting binnen het gezin, geeft de therapeut in het telefoongesprek al aan dat het belangrijk is dat het hele gezin meekomt in fase 1. Dat kan bijvoorbeeld door aan te geven dat je wilt kijken naar het effect van de problemen op het hele gezin. In deze fase wordt een stevige werkalliantie gesmeed (doel 1). De therapeut brengt de negatieve interactiepatronen in het gezin rondom het aanmeldingsprobleem in kaart (doel 2). Dit zijn patronen van kritiek geven, boosheid, maar ook aanklappen en/of vermindering door zowel kinderen als ouders. Dergelijke zogenaamde 'relationele blokkades' belemmeren effectieve zorg voor de kinderen, namelijk het openstaan voor en adequaat reageren door de ouders op de behoeften van de kinderen aan waardering en steun. Fase 1 wordt afgesloten met de relationele herkadering van het aanmeldingsprobleem (doel 3). Vaak melden ouders een kind met problemen aan met de bedoeling dat de therapeut gesprekken met het kind voert en het probleem oplost. In eeft wordt de aanmeldingsklacht herkaderd tot negatieve interactiepatronen die samenhangen met onveilige hechting tussen ouders en kind. Deze herkadering heeft twee doelen. Ten eerste verhoogt ze de kans op een meer duurzame, systemische verandering binnen het gezin. Ten tweede wordt verdere stigmatisering van het kind als zondebok voor de problemen binnen het gezin vermeden, wat cruciaal is voor een gezond zelfbeeld van het kind.

Fase 2: Ouders en kinderen parallel De volgende twee subfasen, gesprekken met de ouders samen (2a) en gesprekken met het kind alleen (2b), kunnen parallel plaatsvinden. In de praktijk hebben wij gemerkt dat de emotieregulatie van de ouders, hun hechtingsgeschiedenis en de daarin door hen opgelopen pijn en teleurstellingen veel aandacht vragen om hen beschikbaar en responsief te maken voor hun kinderen. De ouderfase vindt daarom parallel aan de kindfase plaats.

Fase 2a: Ouders: kwetsbare emoties en behoeften, beschikbaarheid en responsiviteit In deze fase is de therapeut alleen met de ouders aan het werk en worden er drie belangrijke doelen nagestreefd. De eerste stap is het ervaren van de kwetsbare emoties die achter onveilig hechtingsgedrag liggen (doel 4). Dit draagt bij aan de-escalatie. Vaak zijn dat angst om afgewezen te worden en verdriet over het zich alleen voelen in het gezin, maar ook schuld en schaamte over inadequaate opvoedingsgedrag. De volgende stap is om vanuit deze kwetsbare emoties te werken aan veiliger hechtingsgedrag, namelijk de ouders helpen beschikbaar en responsief te reageren op de behoeften van het kind (doel 5). Ten slotte worden de herstelgesprekken met het kind voorbereid (doel 6).

In de praktijk is de ouderfase het hardst werken voor de therapeut. Het is de meest complexe fase omdat je op drie verschillende niveaus van hechtingsrelaties werkt. De eerste hechtingsrelatie is die van de ouders met hun eigen ouders (hechtingsgeschiedenis). Het gaat hierbij om wat zij hebben meegemaakt in hun eigen jeugd waardoor zij in een onveilig hechtingspatroon terecht zijn gekomen, bijvoorbeeld chronische ruzies en scheiding van de ouders, verwaarlozing, huiselijk geweld, overlijden van een van de ouders. Vraag is vervolgens hoe zij hun emoties en stress tijdens dergelijke heftige gebeurtenissen hebben leren hanteren. Het is niet alleen belangrijk dat ouders hun eigen kwetsbaarheden beter herkennen en begrijpen, maar ook dat ze inzien hoe die doorwerken in de relatie met hun kinderen. Een ouder die bijvoorbeeld zelf veel kritiek te verduren heeft gehad als kind zal als ouder eerder uit balans raken als zijn of haar eigen kinderen boos op hem of haar zijn en zichzelf beschermen door ook kritisch te zijn of te vermijden. Dergelijke reactiviteit komt dan in plaats van beschikbaar en responsief reageren op de kinderen (hun waardering, steun en troost bieden). Het opnieuw ervaren van de eigen kwetsbaarheid, zijnde dus de pijn toen ze zelf niet de waardering en steun die ze nodig hadden kregen van hun ouders, betekent dat de ouders ook beter gaan begrijpen hoe pijnlijk het is voor het kind als die niet de gevraagde waardering of steun krijgt. De therapeut toont daarbij begrip dat het als ouders moeilijk is om je kinderen te geven wat je zelf destijds niet van je eigen ouders hebt gekregen. Zo voorkomt de therapeut dat de ouders zich onnodig schuldig voelen.

De tweede hechtingsrelatie is die tussen de ouders als partners. Het is belangrijk om ook deze hechtingsrelatie veiliger te maken. Hiervoor zijn drie redenen. Ten eerste zijn onderling veilig gehechte ouders een goed rolmodel voor de kinderen voor hoe je constructief elkaars emoties kunt helpen reguleren. Ten tweede vormt veilige hechting van elk van de ouders de noodzakelijke basis voor een veilige hechtingsrelatie met de

kinderen. Vermindering van de reactiviteit van de ouders, dat willen zeggen een overgevoelige reactie van de ouders op het gedrag van hun kind als gevolg van bijvoorbeeld eigen angst voor afwijzing, zorgt voor minder ruis in de relatie met de kinderen. Ten derde zullen veilig gehechte ouders een sterkere en meer voorspelbare ouderalliantie vormen. De ouders kunnen elkaar helpen in het co-reguleren van hun emoties, wat het vertrouwen van het kind in de ander vergroot.

De derde hechtingsrelatie staat centraal in eeft en is die tussen de ouders en de kinderen. Het veiliger maken van deze hechtingsrelatie, zodat ouders steun en waardering aan de kinderen kunnen geven, is het belangrijkste behandeldoel. Schuld en schaamte over eerdere boosheid naar het kind of juist weglopen van het kind door de ouder, belemmeren ouders om beschikbaar en responsief te zijn en echt te kunnen luisteren naar de pijn die hun kind heeft opgelopen, en blokkeren zo het proces naar veilige hechtingsrelaties. Schuldgevoel betekent echter ook verantwoordelijkheid nemen voor je eigen gedrag en dat geeft ruimte om de hechtingsrelatie met de ander te herstellen. Schaamte leidt daarentegen tot het verbergen van zichzelf voor de verwachte negatieve beoordeling door anderen. Een gezinslid dat zich schaamt neemt aan dat zijn gedrag gezien wordt als het resultaat van een slechte of egoïstische intentie. Als boosheid, angst of verdriet samengaan met schaamte, bestaat het risico dat er een chronische toestand ontstaat. Emoties worden dan niet meer gereguleerd en dit werkt ontregelend voor het gehele gezin.

Fase 2b: Kind: kwetsbare emoties en behoeften uitspreken In fase 2b vinden gesprekken plaats met het kind alleen. Het uitvragen en begrijpen van de aanmeldingsklacht in samenhang met negatieve interactiepatronen en hechtingsgeschiedenis is belangrijk. De therapeut inventariseert welke pijnlijke gebeurtenissen, grote en kleine trauma's, het kind heeft ervaren. Vergelijkbaar met de ouderfase helpt de therapeut het kind om de kwetsbare emoties te ervaren die achter onveilig hechtingsgedrag liggen. Dat zijn emoties als angst voor afwijzing, verdriet over het alleen staan in het gezin, maar ook opgekropte woede indien boosheid niet geuit kon worden (doel 4). Het innerlijk werkmodel van het zelf ('Wat ben jij door alle ruzies over jezelf gaan denken?') wordt expliciet gemaakt en in fase 3 na de herstelgesprekken herzien.

Vervolgens worden vanuit de kwetsbare emoties de behoeften van het kind aan waardering en steun geëxploreerd, bijvoorbeeld als het kind zich waardeloos voelt: 'Ik heb behoefte aan goedkeuring', of als het kind zich alleen voelt: 'Ik heb je steun nodig' (doel 5). Daarna wordt het kind voorbereid op de hechtingsherstellende gesprekken met de ouders (doel

6). Het kind oefent wat het tegen zijn ouders wil zeggen. Mogelijke reacties van de ouders waar het kind bang voor is worden doorgenomen. Belangrijk is dat het kind leert dat hij het waard is om zijn behoeften uit te spreken en dat het niet met het kind maar met problemen van de ouders te maken heeft als de ouders onverhoopt minder responsief reageren (Diamond et al., 2014).

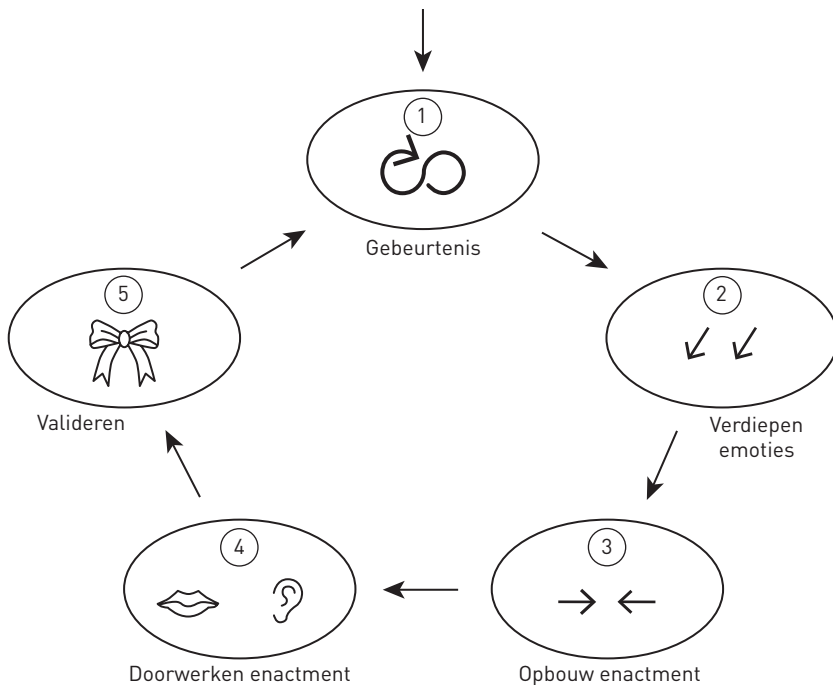
Fase 3: Ouders en kind: herstel van veilige hechting in enactments

Fasen 2a en 2b zijn de voorbereiding op de herstelgesprekken in fase 3 tussen ouders en kind, waarin de veilige hechting ontwikkeld wordt (doel 7). Het kind vertelt de ouder op welke momenten het zich niet gesteund en begrepen heeft gevoeld en negatief over zichzelf en anderen is gaan denken. Het kind uit daarbij in een enactment zijn onderliggende angst voor afwijzing en vraagt om waardering en steun. Omdat het kind zich hierbij zeer kwetsbaar opstelt en zelfbescherming door middel van boos zijn of vermijden achterwege laat, is het cruciaal dat de ouders veilig reageren. Vandaar het belang van de voorbereiding in de ouderfase. De therapeut waakt over de veiligheid in de therapiekamer en helpt de ouders veilig te reageren. Dit betekent dat de ouders het kind aanhoren en zijn gevoelens herkennen en erkennen. Zo helpen de ouders het kind te leren wat het voelt en wie het is. Door hun emoties samen met hun ouders te onderzoeken, te accepteren en te begrijpen leren kinderen om hun emoties te reguleren (Nicolai, 2017). Ten slotte spreken ouders spijt uit over eigen eerder onveilig hechtingsgedrag. Deze herstelgesprekken vinden meerdere malen plaats om het effect te bestendigen.

Fase 4: Gezin: consolidatie In deze fase wordt met het hele gezin, inclusief broertjes en zusjes, stilgestaan bij de impact op de broertjes en zusjes van de herstelgesprekken tussen ouders en het aangemelde kind. Verder wordt geoefend in enactments, waardoor de herstelde relaties bestendig kunnen worden (doel 8). Vervolgens worden de praktische kanten van het aanmeldingsprobleem besproken, zoals de gestagneerde ontwikkeling wat betreft school en vrienden en autonomie versus afhankelijkheid. Vanuit de veiliger hechtingsrelaties wordt op een nieuwe (veilige) manier over oplossingen voor 'oude' problemen gesproken: 'face old problems with new relational resources' (Furrow et al., 2019, p. 200). De ervaring is dat het samen bedenken en accepteren van praktische oplossingen in de nieuwe constructieve interactiepatronen makkelijker gaat dan in de oude negatieve patronen. Hiervoor worden een of enkele sessies gebruikt. Indien nodig kunnen additionele trainingen voor het kind of ouders ingezet worden (doel 9).

Eftt is experiëntieel

Kracht van eftt, en onderscheidend ten aanzien van abft, is dat eftt experiëntiëler van aard is. Ingang voor verandering is het ervaren van emoties, zowel de harde emoties zoals boosheid, als de onderliggende kwetsbare emoties zoals angst en verdriet. Nieuwe ervaringen worden vervolgens in gewijzigde cognities of werkmodellen opgeslagen. Om het experiëntiële karakter te waarborgen worden binnen bijna elke sessie vijf basisstappen gezet, de eft-‘tango’ genaamd omdat therapeut en cliënt regelmatig een stap herhalen of terugzetten (zie figuur 1, die geïnspireerd is op Johnson, 2019). In het volgende bespreken we de stappen aan de hand van de ervaring van het kind in fase 3 tijdens de herstelgesprekken met de ouders.



Figuur 1 De eft-tango

- *Spiegelen en reflecteren.* De therapeut helpt het kind om zijn beleving van een recent conflict of een breukmoment met de ouders, zoals ruzie, scheiding, verlies en rouw, pesten, misbruik, mishandeling of verwaarlozing in het hier-en-nu emotioneel te ervaren (en niet intellectueel te benaderen) en erover te vertellen.
- *Verdiepen en valideren van emoties.* De therapeut leidt het kind in de ervaring van het conflict of de problematische situatie via de zichtbare

emoties naar de onderliggende emoties en brengt vervolgens samenhang in die gelaagde ervaring aan. Een bepaalde ervaring wordt ontleed in de trigger, de daaropvolgende lichamelijke reacties, de betekenis van die trigger en de samenhang met eerdere nare ervaringen, de zichtbare emoties als boosheid en de onderliggende emoties als angst voor het dreigende verlies van de hechtingsrelatie of verdriet over de verloren band, en de geneigdheid tot bepaald gedrag zoals aanvallen of terugtrekken. Vanuit de emoties worden de pijnlijke cognities die het kind over zichzelf en de ouder heeft uitgesproken, zoals: 'Ik ben niks waard' en 'Mijn ouders begrijpen en helpen mij toch niet' (werkmodellen van zelf en ander).

- ▶ *Opzetten van een enactment.* Hierin spreekt het kind de emotionele ervaring in de 'ik'-vorm uit naar de ouder(s). Het gaat om zowel harde als kwetsbare emoties en de daaraan gekoppelde behoeften. Hierbij ligt de nadruk op delen 'vanuit de emotie' in plaats van 'praten over'. Het door het kind wenden naar en aankijken van de ouder wordt gestimuleerd. Dat maakt dat de emotionele ervaring in verbinding beleefd wordt.
- ▶ *Doorwerken van de enactment.* De therapeut verdiept de enactment door stil te staan bij de nieuwe interactie, dat wil zeggen het openlijk delen door het kind van de kwetsbare emoties en behoeften (veilige hechtingstrategie) en het veilig ontvangen daarvan door de ouders (beschikbaar en responsief zijn). Het is daarbij belangrijk dat het kind voelt dat de ouders geraakt worden door zijn pijn en dat hij ertoe doet. Indien een kind in de ogen, de stem, mimiek, bewegingen, de timing of het ritme van de emotionele expressie van zijn ouder zijn eigen emoties weerspiegeld ziet, raken ouders en kind elkaar tot in hun diepste gevoel. Het herkennen, erkend worden en mee-resoneren van ouders op het gevoel van het kind geeft het kind een hechtingsherstellende ervaring dat hij ertoe doet en van waarde is. Hughes noemt dit intersubjectiviteit (2007, 2017). Ouders helpen vervolgens hun kind om de oude gebeurtenis emotioneel te reguleren door waardering, steun of eventueel spijt uit te spreken. De therapeut fungeert als een veilige haven, vangt eventueel onveilig hechtingsgedrag op (*catching the bullet*), geeft ruimte aan nog aanwezig wantrouwen en focust op herstel van vertrouwen.
- ▶ *Samenvatten en valideren.* De therapeut vergroot uit wat de waarde van de enactment is en complimenteert ouders en kind met hun nieuwe, gedurfde gedrag. De therapeut benadrukt de nieuwe manier waarop kind en ouders elkaar zien en begrijpen. Zo wordt gewerkt aan het herschrijven van de innerlijke werkmodellen van zelf en ander, zowel bij het kind als bij de ouders.

Houding van de eeft-therapeut

In eeft legt de therapeut een sterke nadruk op acceptatie van de emoties van alle gezinsleden, op nieuwsgierigheid naar de beleving, gedachten en behoeften, en op empathie. Verder worden er door de eeft-therapeut actief suggesties gedaan. Dit is het praten vanuit de positie van het kind of de ouder, waarbij de therapeut vanuit 'gissen en missen' verwoordt wat er zich mogelijk in het kind of de ouder afspeelt. Dit is vooral van belang bij gezinnen die niet gewend zijn om over emoties te praten en geen woorden voor hun innerlijke wereld hebben. De therapeut toetst steeds bij het kind of de ouders of de gegeven suggestie klopt. In eeft wordt dit ook wel 'ondertitelen' genoemd. Een interessante toevoeging vanuit ddp is de *playfull presence* van de therapeut, naast *acceptance*, *curiosity* en *empathy* (pace; Hughes, 2007). Hierbij gaat het om een houding die optimisme uitstraalt en vertrouwen in de kracht van het gezin. Een houding waarin het geven van hoop, lichtheid, humor en speelsheid belangrijk zijn. Juist in contact met kinderen kan dit laatste belangrijk zijn, maar ook ouders kunnen het als aangenaam ervaren.

Onderzoek

Behoudens een pilotstudie naar eeft bij boulimia (Johnson, Maddeaux & Blouin, 1998) is eeft nog niet empirisch getoetst op effectiviteit. *Emotionally focused couple therapy* (efct), waarvan eeft een fundamentele uitbreiding is, is echter wel een *empirically supported treatment* (Rathgeber, Bürkner, Schiller & Holling, 2018). Efct richt zich op het veiliger maken van de hechtingsrelaties tussen partners, dat is het belangrijke subsysteem van de ouders binnen eeft. De effectiviteit van efct biedt daarom een belangrijke aanwijzing voor de werkzaamheid van eeft. Verder vertoont eeft overeenkomsten met abft waarvan onderzoek laat zien dat het effectief is in de behandeling van gezinsproblemen (Diamond et al., 2010). Momenteel zijn we (samen met Trudy Mooren, Marij Peeters, Pieter Dingemanse en Daphne Meuwese) bezig met het opzetten van een pilotonderzoek naar de werkzaamheid van deze gestructureerde versie van eeft bij niet-samengestelde gezinnen met jongeren in de leeftijd tussen de twaalf en achttien jaar.

Conclusie

Psychische problemen van kinderen kennen veel verschillende verschijningsvormen, maar zijn vaak voor een belangrijk deel terug te voeren tot

een onderliggend transdiagnostisch proces: problemen met emotieregulatie en stresshantering. Efft richt zich op het verbeteren van de emotieregulatie binnen het gezin door het veiliger maken van de hechtingsrelaties tussen ouders en kinderen en tussen de ouders onderling. Dit behandeldoel deelt efft met abft en ddp. Afwijkend van de oorspronkelijke versie van efft (Furrow et al., 2019) en in navolging van abft wordt in het Nederlandse behandelprotocol van efft deels gewerkt met afzonderlijke subsystemen (ouders en kind apart) en niet steeds met het hele gezin. Zo krijgt de therapeut meer houvast in de complexe gezinsdynamiek en is het protocol beter overdraagbaar. De negen doelen uit het oorspronkelijke efft-protocol zijn daarbij gehandhaafd. Een verschil met abft is dat efft experiëntiëler is. Daar waar de therapeut bij abft in de herstelfase de ouders coacht om met hun kind in gesprek te gaan, doorloopt bij efft de therapeut met ouders en kind de eft-tango, gericht op het ervaren van emoties en niet alleen het spreken erover. Ddp inspireerde het Nederlandse efft tot een houding van de therapeut waarin hoop, lichtheid, humor en speelsheid belangrijk zijn. Juist in het werken met kinderen is dit van belang.

Lenny Rodenburg is klinisch psycholoog, systeemtherapeut, opleider, supervisor en leertherapeut NVRG en gecertificeerd eft-therapeut. Ze is werkzaam vanuit een eigen praktijk voor sggz in Bussum en als docent bij de Stichting EFT, RINO Groep Utrecht en Amsterdam. E-mail: info@lennyrodenburg.nl.

Henk Jan Conradi is basistherapeut eft, cognitief gedragstherapeut VGcT en als universitair docent verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. E-mail: h.j.conradi@uva.nl.

Literatuur

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment – A psychological study of the strange situation*. Mahwah New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Allen, J.P., Hauser, S.T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology – An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 254-263.
- Colonnaesi, C., Draijer, E.M., Stams, G.J.J.M., Van der Bruggen, C.O., Bögels, S.M., & Noom, M.J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety – A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 630-645.
- Dagleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems – Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179-195.
- Diamond, G.S., Diamond, G.M., & Levy, S.A. (2014). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Vertaald als: Diamond, G.S., Diamond, G.M., & Levy, S.A. (2021) *Hechtingsgerichte gezinstherapie voor depressieve jongeren*

- ABFT: *theorie en praktijk*. Utrecht: Stichting EFT Nederland.
- Diamond, G.S., Wintersteen, M.B., Brown, G.K., Diamond, G.M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation - A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122-131.
- Fraley, R.C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood - Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123-151.
- Fritz, J., Graaff, A.M. de, Caisley, H., Harmelen, A.-L. van, & Wilkinson, P.O. (2018). A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people. *Frontiers of Psychiatry*, 9, 230.
- Furrow, J., Palmer, G., Johnson, S.M., Faller, G., & Palmer-Olsen, L. (2019). *Emotionally focused family therapy - Restoring connection and promoting resilience*. New York: Routledge. Vertaald als: Furrow, J., Palmer, G., Johnson, S.M., Faller, G., & Palmer-Olsen, L. (2020). *Emotionally focused family therapy - Gezinsbanden herstellen en veerkracht bevorderen*. Utrecht: Stichting EFT Nederland.
- Hughes, D.A. (2007). *Attachment-focused family therapy*. New York: W.W. Norton. Vertaald als: Hughes, D.A. (2017). *Hechtingsgerichte gezinstherapie - Werken aan de basis*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., ... Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC) - Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Johnson, S.M. (2019). *The practice of emotionally focused couple therapy - Creating connection* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Johnson, S.M., Maddeaux, C., & Blouin, J. (1998). Emotionally focused family therapy for bulimia - Changing attachment patterns. *Psychotherapy*, 25, 238-247.
- Lee, A., & Hankin, B.L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(2), 219-231.
- Levenson, R.W., Haase, C.M., Bloch, L., Holley, S.R., & Seider, B.J. (2015). Emotion regulation in couples. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 267-283). New York: Guilford.
- Mikulincer, M., & Shaver, Ph.R. (2016). *Attachment in adulthood - Structure, dynamics and change* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Nicolai, N. (2017). *Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan - De kunst van het evenwicht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rathgeber, M., Bürkner, P.C., Schiller, E.M., & Holling, H. (2018). The efficacy of emotionally focused couples therapy and behavioral couples therapy - A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(3), 447-463.
- Wagner, B.M., Silverman, M.A.C., & Martin, C.E. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1171-1191.