

Het ongeziene zien: het verhogen van het bewustzijn van negatieve vroegkinderlijke hechtingservaringen en de impact ervan op de ontwikkeling van het kind.

Doris D'Hooghe, 2013

“Wat wordt beschouwd als essentieel voor de mentale gezondheid, is dat de baby en het jonge kind een warm, intiem en voort- durende relatie ervaren met de moeder, waarin beiden tevredenheid en genot vinden.” (Bowlby, 1953)

“De essentiële taak van het eerste jaar van het menselijke leven is de creatie van een veilige hechtingsband bestaande uit emotionele communicatie en interactieve regulatie tussen baby en primaire verzorger” (A. Schore).

Gezien Bowlby de nadruk legde op de erkenning van de impact van vroegkinderlijke ervaringen in een hechtingsrelatie als indicators voor latere psychopathologie, dringt de noodzaak zich op om onze visie op vroegkinderlijk trauma in een hechtingsrelatie te verbreden.

Binnen de verbreding van onze kijk op de bestaande criteria voor traumatische ervaringen, dienen we rekening te houden met de timing van de ervaring, de ontwikkelingsfase van het kind waarbij de ervaringen plaatsvinden, en de relatie waarin de traumatische ervaring voorkomt.

Recent breinonderzoek tonen het effect van vroegkinderlijk hechtingstrauma op de ontwikkeling van de hersenen. Het stelt ons in staat het besef betreffende deze negatieve ervaringen verder te verbreden. Omwille van de ontwikkelingsfases waarin hechtingstrauma zich voordoet en de impact op het zich ontwikkelende brein, kunnen we ervan uitgaan dat de effecten van deze vroegkinderlijke ervaringen ernstiger zijn. Onderzoek omtrent de gevolgen van vroegkinderlijke traumatische gebeurtenissen helpt ons dan om nieuwe criteria te definiëren in verband met hechtingstrauma en biedt ons richtlijnen voor vroege identificatie en een meer accurate behandeling.

Door het verhogen van het bewustzijn betreffende hechtingstrauma, bij zowel klinici als ouders, ontstaat de mogelijkheid om preventieve strategieën te ontwikkelen, een op maat gemaakte behandeling in te stellen en nieuwe therapeutische competenties te creëren.

Veilige hechtingsrelatie

Het is belangrijk om het verschil te begrijpen tussen een liefdesband en een veilige hechtingsband:

“Voor alle baby's moet gezorgd worden. Om fysiek te overleven, moeten ze gevoed, gebaad, en tot slapen gelegd worden. De nood van de baby om te overleven en de nood van de ouders om te zorgen voor hun kroost creëert een liefdesband tussen ouder en kind. Sinds de jaren zestig worden ouders via vele boeken, artikels en online bronnen aangemoedigd om een band aan te gaan met hun baby door meer tijd en energie te steken in de verzorging van hun kind. Een baby heeft echter meer nodig dan louter liefde en zorg om de ontwikkeling van het brein en het zenuwstelsel zo goed mogelijk te laten verlopen.” (www.theparentinghelpcenter.com)

In het creëren van de hechtingsband is de kwaliteit van de relatie tussen kind en ouder cruciaal voor de ontwikkeling van het kind. Deze kwaliteit, zoals Bowlby naar verwees, hangt voornamelijk af van de hechtingsfiguur. “De essentie is dat deze hechtingsfiguur functioneert als een veilige basis van

waaruit het kind de wereld kan verkennen en kan naar terug keren in tijden van nood (Bowlby, 1969,1979).

Tevens is van groot belang de mogelijkheid van het laten voortbestaan van de relatie tussen moeder en kind. Om deze continuïteit in de hechtingsrelatie te bekomen is de beschikbaarheid van de zorgfiguur een sleutel aspect. Elke onderbreking van deze continuïteit heeft invloed op de manier waarop het kind veiligheid en zekerheid ervaart en heeft een impact op het zich ontwikkelende brein.

Twee belangrijke kenmerken van de beschikbaarheid van de zorgfiguur zijn de fysieke en emotionele toegankelijkheid van de verzorger. De zorgfiguur is emotioneel toegankelijk wanneer hij in staat is om op een gepaste manier te reageren op de emoties en de stress van het kind (sensitieve responsiviteit). De mogelijkheid van de zorgfiguur om sensitief te reageren op de signalen van de baby is een kerneigenschap om een veilige hechtingsband op te bouwen.

“De geschiktheid en onmiddellijkheid van de reactie van de moeder zijn de cruciale kenmerken van sensitiviteit.” (Ainsworth, et al., 1974, P. 129) (Sherman, 2009).

“Een geschikte reactie moet aan de volgende voorwaarden voldoen: De reactie bevredigd de nood van de baby, is goed afgestemd op de baby, volgt onmiddellijk op het signaal van de baby en manifesteert zichzelf binnen een harmonieuze interactie.” (de Wolff & van der Veer)

Wanneer de moeder een afwijzende of ongeschikte reactie vertoont, dan kunnen we dit beschouwen als een emotionele verbreking van de hechtingsband en dus, een hechtingstrauma.

Niettegenstaande Bowlby het belang van veiligheid en zekerheid binnen een hechtingsrelatie benadrukte, is het ook van belang om in acht te nemen wat Schore (1994;2003a) schreef: “Velen hebben gesuggereerd en geaccepteerd dat de hechtingsrelatie een belangrijke organisator is van de ontwikkeling van het brein”. Dit betekent dat er meer nodig is om een veilige hechting op te bouwen dan veiligheid en zekerheid. Deze visie in gedachten houdend: “Veilige hechting hangt af van de capaciteit van de moeder om de baby zijn interne opwindingsstoestand en de energetische dimensie van zijn affectieve toestand te reguleren (Shore and Shore 2008:10).

De moeder dient als een externe regulator van de interne toestanden van het kind. Minimale of onvoorspelbare regulatie vormen als dusdanig eigenschappen van de ontoegankelijkheid van de zorgfiguur.

Hoge of lage stimulatie heeft ook een negatieve impact op wat een optimale hechtingscommunicatie zou moeten zijn. Lage stimulatie, zoals die voorkomt in emotionele verwaarlozing, wordt door Erickson & Egeland (2002) gezien als een vorm van psychologische onbeschikbaarheid.

Een andere sleutelfactor dat de basis vormt van een veilige hechtingsrelatie is containment. Containment (Bion, 1959) verwijst naar de situatie waarin: “Een persoon de emotionele communicatie van een ander ontvangt en begrijpt, zonder er zich overspoeld door te voelen. De persoon kan ook terug communiceren met de ander.”

Zoals Shaver zei: “Wanneer de moeder in staat is om zich te bezinnen over haar eigen affectieve ervaringen (en deze te moduleren en te integreren), zal ze zelf niet ontregeld raken door de agressie of andere negatieve affecten van haar kind.”

Een ander belangrijk aspect is een zorgfiguur die geïnteresseerd is in het kind. Een ouder die zich afvraagt wat het kind denkt, voelt, wil, wenst, etc. Vanuit dit oogpunt kan de zorgfiguur het kind echt

begrijpen en op een gewenste manier reageren. Dit wordt mentalisatie genoemd en is van grote betekenis voor de ontwikkeling van het besef van "het zelf" bij het kind.

Een andere belangrijke component van hechting is een goed ontwikkelde reflectieve capaciteit. Het is de mogelijkheid van de zorgfiguur om zich te bezinnen over het eigen verleden en hoe dit verleden getriggert kan worden door het kind. Het is ook het vermogen om na te denken en te bezinnen over het kind zijn verbale en non-verbale signalen en de mogelijkheid om deze te spiegelen, zodat het kind zijn eigen interne toestand kan ervaren en begrijpen.

Hoe een hechtingsrelatie is opgebouwd bepaald de "hechtingsdynamiek" bij het kind (Bowlby (1971;1973). Als een kind ervaringen betreffende zichzelf en zichzelf in relatie tot anderen internaliseert, creëert het kind een intern werkmodel dat de basis vormt van waaruit het kind zal communiceren met de buitenwereld. Dit 'interne werkmodel van hechting' zal de sjabloon vormen waarmee het kind zijn toekomstige relaties zal construeren. Het creëert ook een affectieve cognitie over zelfwaarde, wat betekent dat het kind (en later de volwassene) een emotioneel geladen idee over zichzelf ontwikkelt ('intern werkmodel van het zelf').

Al deze voorwaarden zoals hierboven vermeld beschouw ik als extreem belangrijk om een veilige hechting te bereiken. Wanneer deze condities niet worden ingevuld, vormen ze een belangrijke basis van vroeg hechtingstrauma, dat vaak niet in acht genomen wordt, afgedaan als onbelangrijk of zelfs genegeerd. Het is echter zo, als we ons baseren op de ervaringen vanuit de klinische praktijk, we niet omheen de enorme effecten kunnen die vroegkinderlijk hechtingstrauma heeft op de ontwikkeling van het kind en zijn mentale gezondheid. We kunnen onze klinische interventies niet blijven reduceren tot datgene wat voor de hand liggend lijkt of op de gepresenteerde symptomen. Als we in gedachten houden dat er mogelijke aanwezigheid kan zijn van vroegkinderlijk trauma veroorzaakt door negatieve ervaringen, kunnen we een vollediger behandeling aanbieden aan onze cliënten.

Classificatie voor hechtingstrauma

Er zijn vele oorzaken voor trauma bij kinderen en vaak zijn de kinderen getraumatiseerd in de relatie met hun zorgfiguren. Ik wil de nadruk leggen op hechtingstrauma als negatieve interpersoonlijke ervaringen die zich voordoen in de vroege kindertijd en repetitief en chronisch zijn en tussen kind en zorgfiguur plaatsvinden. De tijd en ontwikkelingsfase van het kind waarin deze ervaringen plaatsvinden zijn van groot belang. Het verbreden van onze kijk op vroegkinderlijke negatieve ervaringen dringt zich dus op. Deze bredere visie kan fungeren als een basis voor een nieuwe classificatie die implicaties draagt voor herkenning en assessment en staat ons toe om deze te integreren in onze klinische praktijk, vroege interventie strategieën en behandeling.

In het algemeen worden misbruik en verwaarlozing (seksueel, fysiek, emotioneel, psychologisch) gedefinieerd als hechtingstrauma. Ik wil deze definitie graag verbreden door verschillende factoren toe te voegen die kunnen voorkomen in een zorgrelatie en een invloed hebben op de ontwikkeling van het kind en de hechtingsmogelijkheid. Ik beschouw verscheidene negatieve ervaringen in een dysfunctionele hechtingsrelatie dus als hechtingstrauma. We kunnen er dus van uit gaan dat de zorgrelatie zelf een bron van trauma kan zijn.

"Onderzoekers zijn tot de conclusie gekomen dat een gezonde zelf-organisatie van zich ontwikkelende neurale netwerken voorkomen in de context van een relatie met de primaire zorgfiguur, meestal de moeder." (Schore, 2000)

Vanaf de prenatale fase kunnen negatieve ervaringen in de moeder of in de moeder-kind relatie een negatieve impact hebben op het kind en het kind dus negatief beïnvloeden. Niet alleen de toestand

van de moeder (fysiek en emotioneel) maar ook hoe haar relatie is met het ongeboren kind kan negatieve invloed uitoefenen op de mogelijkheid tot binding. Zelfs de kwaliteit van de relatie tussen de moeder en de vader of bepaalde levensgebeurtenissen kunnen de ontwikkeling van de baby negatief beïnvloeden.

Geboortetrauma kan ook een diepgaand negatief effect hebben op de moeder en het kind en de hechtingsmogelijkheid belemmeren. Wat wordt beschouwd als geboortetrauma: ongewoon lange of korte bevalling, keizersnede, levensbedreigende ervaringen voor zowel moeder als kind, etc.

Volgens Bowlby is de hechtingsrelatie een relatie die het hele leven door blijft bestaan. De meest belangrijke periode echter, voor de vorming van deze relatie, is die vanaf de prenatale fase tot de leeftijd van vier jaar. Deze periode wordt beschouwd als cruciaal in ontwikkeling van een gezonde, veilige hechtingsband. Wanneer in deze periode verstoringen, onder de vorm van fysieke of psychologische ontoegankelijkheid van de zorgfiguur optreden, kan hechtingstrauma ontstaan. Zowel fysieke als emotionele verstoringen in de hechtingsband kunnen de ontwikkeling van het kind beïnvloeden. Het gescheiden worden van..., vroege verlieservaringen, veranderingen van de primaire zorgfiguur, zieke ouders of scheiding zijn voorbeelden van fysieke verstoringen. Zelfmoordpogingen, huwelijksproblemen, ouderlijke psychopathologie, moederlijke dissociatie... kunnen psychologische verstoringen veroorzaken.

Een andere belangrijke eigenschap van hechting is de kwaliteit van het opvoeden. Zoals eerder vermeld, zijn er vele voorwaarden noodzakelijk om een gezonde en veilige hechtingsrelatie te vormen. Wanneer één van deze voorwaarden niet wordt ingevuld, kan dat hechtingstrauma veroorzaken.

Een ander te overwegen aspect in de creatie van een gezonde hechtingsrelatie is de hechtingsstijl van de ouder. De geschiedenis van de zorgfiguur met zijn eigen ouders creëerde 'interne werkmodellen' (Bowlby, 1973) die een soort blauwprint over relaties en zelfbewustzijn vormen en een invloed hebben op de interacties van de zorgfiguur met het kind.

Crittenden (1993) benadrukt dat de manier waarop de zorgfiguur de informatie van de baby verwerkt de ontwikkeling van de hechtingsband kan verstoren. Ze beschrijft bv. mislukkingen van perceptie zoals "aandachtzoekende signalen van het kind (zoals gehuil), als die niet wordt gehoord, het kind dan machteloosheid zal ervaren om zorg en bescherming te ontlokken. Dit is een beangstigende ervaring."

Wanneer de zorgfiguur er niet in slaagt om een reactie te selecteren: "Ze herkennen de noden van hun kind, maar hebben geen idee hoe ze moeten reageren. Het gevolg daarvan is dat deze kinderen sociaal onbekwaam worden, arm op cognitief vlak en emotioneel heel erg neutraal."

Los van de dysfunctionele hechtingsrelatie, kunnen er een heleboel stressvolle gebeurtenissen in het leven van het kind en de zorgfiguur voorkomen die de hechtingsmogelijkheid kunnen verstoren en hechtingstrauma kunnen veroorzaken. Een paar voorbeelden zijn frequente verhuizingen, vroege medische interventies, een chaotische omgeving, etc.

Het besef van al deze mogelijke traumatische ervaringen heeft een bijzonder grote impact op de ontwikkeling van preventieve strategieën en behandeling.

Gevolgen van hechtingstrauma

Ik wil de belangrijkheid benadrukken van de diepe impact dat vroegkinderlijk trauma heeft op de verschillende niveaus van de ontwikkeling en het functioneren van het kind zowel op emotioneel, cognitief, gedrag, sociaal, relationeel, fysiek, neurobiologisch vlak.

Vroeg trauma bij kinderen kan resulteren in psychopathologie zoals PTSS, depressie en dissociatieve stoornissen.

“Verstoorde hechting kan leiden tot een aantasting van drie belangrijke punten in de ontwikkeling van het kind: verhoogde gevoeligheid voor stress, overdreven hulpzoekend en afhankelijk of overdreven sociaal geïsoleerd, onmogelijkheid om emoties te reguleren” (Cook et al., 2005).

“(…) herhaalde, langdurige, chronische stress is geassocieerd met lange termijn patronen van autonome reactiviteit, uitgedrukt in neuronale structurele veranderingen zoals verschrompeling, dat kan leiden tot permanente schade zoals neuronaal verlies” (Schoe, 2002).

Schoe beschreef dat de rechter corticale hemisfeer zijn capaciteit kan verliezen om sensorische verwerking te integreren en dus verstoring van de integratie van perceptuele informatie kan veroorzaken. Het kan resulteren in een ‘sensorische integratie stoornis’.

Een ander effect van vroegkinderlijk trauma zoals Perry (2006) schreef: “Het kan resulteren in een aantal biologische reacties, zoals een aanhoudende staat van angst. Neurochemische systemen worden aangetast, wat een cascade van veranderingen in aandacht, controle van impulsen, slaap en fijne motoriek kan veroorzaken. (Perry, 2000a;2000B) Het kind kan overreageren omdat het niet in staat is om de communicatie juist te interpreteren.

Vroegkinderlijk trauma heeft een impact op de neurofysiologie die een invloed heeft op de regulatie van de opwindingsstoestand en komt tot uiting in hyperarousal en dissociatie. Wanneer er een hyperarousal is, kunnen er motorische hyperactiviteit, angst, gedragsmatige impulsiviteit, hypertensie, slaapproblemen en meer voorkomen.

“Dissociatie is simpelweg een mentaal mechanisme waarbij iemand de aandacht op de buitenwereld loslaat en zich focust op de innerlijke wereld. In extreme gevallen kunnen kinderen zich terugtrekken in een uitgebreide fantasiewereld waar ze speciale krachten hebben”. (Perry, 2003) Deze shut-down heeft implicaties voor de hechtingsmogelijkheden. “Een van de dilemma’s van de classificatie van symptomen van dissociatie is dat deze symptomen een heleboel gevarieerde uitingsvormen hebben. Ze kunnen emotioneel, perceptueel, cognitief en functioneel zijn” (Scaer, 2001).

Omdat ik deze symptomen beschouw als post-traumatische symptomen, wil ik de belangrijkheid benadrukken van herkenning, omdat deze symptomen te vaak verkeerd geïnterpreteerd worden als symptomen van ADHD, autisme, oppositionele gedragsstoornis en leerproblemen.

Vroege neurologische schade van de prefrontale cortex, als een gevolg van hechtingstrauma, kan een mislukking veroorzaken in “het verwerven van complexe sociale kennis tijdens de gewone ontwikkelingsperiode en een aanhoudende aantasting van sociaal en moreel gedrag...” (Anderson et al., 1999, p. 1035).

“De ontwikkeling van het zelf ontwikkelt zich in de context van hechting en de internalisering van de percepties en verwachtingen van de voor het kind “belangrijke andere”. Hoe het kind wordt behandeld vroeg in zijn leven beïnvloedt sowieso zijn groeiende zelfbewustzijn.” (Briere, 1992)

Conclusie

Het belang van de verbreding en verhoging van de bewustwording betreffende hechting, trauma en neuro-ontwikkeling spreken voor zichzelf. We moeten onszelf erin oefenen om verder te kijken dan de PTSS eigenschappen en onze visie te verruimen over traumatische ervaringen. Als we in staat zijn voorbij het waarneembare te kijken, kunnen we vroege interventie strategieën ontwikkelen die de

praktijk zullen verbeteren en een op maat gemaakte therapie mogelijk maakt. Een grondig assessment van het kind, de ouder en de relatie tussen de ouder en het kind kunnen belangrijke informatie aan het licht brengen die we kunnen assimileren in de behandeling. Het kind begrijpen vanuit het unieke van zijn ervaringen is bepalend. Hiermee eren en respecteren we ook de kinderen en cliënten die we behandelen.

Sensitisatie van zowel ouders als medici rond de belangrijkheid van de vroege relatie tussen kind en ouder moet worden georganiseerd. Het verhogen van de kennis door het geven van workshops, lezingen, etc. is een belangrijke eerste stap in preventieve strategieën en maakt het mogelijk voor medici om hun vaardigheden en dus ook hun therapeutisch potentieel te verbeteren.

References:

Anderson, e. a. (1999, november). Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nat Neurosci.* , pp. 1032-7.

Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *I.J.P-A. Vol.40* , Parts 5-6.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss (volume 1) Attachment*. London: Hogarth.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation: anxiety and anger*. London: Basic Books.

Bowlby, J. (1953). *Child Care and The growth of love*. Baltimore: Penguin.

Briere, J. (1992). *Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects*. London: Sage Publications.

Cook, e. a. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals* , 35, 390–398.

Crittenden, P. (1993). Characteristics of neglectful parents: an information processing approach. *Criminl Justice and behavior* , 20:27-48.

Erickson, M., & Egeland, B. (2002). Child Neglect. In L. J. JB Myers, *APSAC handbook on child maltreatment, 2nd Ed.* (pp. (pp 3-20)). Thousand Oaks: CA: Sage Publications.

Perry, B. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. In N. Boyd, *Working with traumatized youth in child welfare*. New York: Guilford Press.

Perry, B. (2006). http://childtrauma.org/wp-content/uploads/2013/08/Perry-Bruce-neurosequentialmodel_06.pdf. Opgeroepen op mei 13, 2013, van www.childtrauma.org.

Perry, B. (2000). <http://www.childtrauma.org/ctamaterials/Neuroarcheology.asp>. Opgeroepen op mei 15, 2013, van www.childtrauma.org.

Perry, B. (2000b). http://www.childtrauma.org/ctamaterials/trau_CAMI.asp. Opgeroepen op mei 15, 2013, van www.childtrauma.org.

Perry, B. (2003). <http://www.mentalhealthconnection.org/pdfs/perry-handout-effects-of-trauma.pdf>. Opgeroepen op maart 11, 2013, van www.ChildTrauma.org.

Scaer, R. C. (2001). The Neurophysiology of Dissociation & Chronic Disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* , pp. 26(1), 73-91.

Schore, A. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. London: WW Norton & Company.

Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development Vol 2 No 1* , 23-47.

Schore, A. (2002). <http://www.trauma-pages.com/a/schore-2002.php>. Opgeroepen op maart 22, 2013, van www.trauma-pages.com.

Schore, A. (2009). Relational trauma and the developing right brain. In T. Baradon, *Relational trauma in infancy* (pp. 19-47). London: Routledge.

Schore, A., & Schore, J. (2008). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clin Soc Work J* , 36:9–20.

Sherman, L. J. (2009).

http://drum.lib.umd.edu/bitstream/1903/9496/1/Sherman_umd_0117N_10507.pdf. *Bridging the attachment transmission gap with maternal mind- mindedness and infant temperament* . Maryland.

van der Veer, R., & de Wolff, M. (1995).

https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/10281/7_703_007.pdf?sequence=1.

Opgeroepen op april 23, 2013, van www.openaccess.leidenuniv.nl.

Wadiak, D. (sd).

http://www.foundationforfamilyhealing.com/free_stuff/The%20Core%20Components%20of%20Attachment%20Repair%20Article.pdf. Opgeroepen op juni 4, 2013, van www.foundationforfamilyhealing.com.