

HECHTING: RISICO OF BESCHERMING?

Rien Verdult*

Samenvatting.

Hechting speelt een belangrijke rol in een gezonde psychologische ontwikkeling van het kind. Een veilige affectieve band biedt het jonge kind bescherming; onveilige hechting vergroot de kans op ontsporingen. Hechtingspatronen en hun mentale representaties, welke in de vroege kindertijd gevormd worden, blijken tot op volwassen leeftijd van doorslaggevende betekenis in intieme relaties. De ontwikkeling van hechting begint prenataal en er kunnen vier basispatronen onderscheiden worden. Hechtingsstoornissen liggen vaak aan de basis van psychopathologie. Preventie op jonge leeftijd, onderkennen van hechtingsproblemen en doorverwijzing naar professionele hulp, lijken tot de taak van de huisarts gerekend te kunnen worden.

Inleiding.

De hechtingstheorie is één van de dominante theorieën van dit moment in de psychologie en de psychotherapie. Er bestaat veel wetenschappelijke en psychotherapeutische belangstelling voor de opvattingen van de Engelse kinderpsychiater John Bowlby, zoals hij die reeds vanaf de zestiger jaren formuleerde (Bowlby, 1969, 1973, 1980). De belangrijkste reden voor deze hernieuwde en versterkte belangstelling lijkt te zijn, dat hulpverleners in hun praktijk steeds meer geconfronteerd worden met emotionele problemen, waarvan wordt aangenomen dat ze verband houden met hechtingsproblematiek. Zo worden o.a. contact- en relatiestoornissen, aandachts- en leerstoornissen (ADHD), drugsgebruik, depressiviteit, angst- en stemmingsstoornissen in verband gebracht met een verstoorde hechting. Ook de meer ernstige psychische problematiek, zoals borderline, anorexia en automutilatie worden in verband gebracht met vroege hechtingsstoornissen.

Onder hulpverleners is het laatste decennium dan ook de overtuiging gegroeid dat veilige hechting een cruciale factor is in een gezonde affectieve ontwikkeling, en dat stoornissen in die hechting kunnen leiden tot (ernstige) emotionele problematiek. Hechting beschermt de psychische gezondheid; onthechting vormt een risico. Deze overtuiging wordt door wetenschappelijk onderzoek steeds meer bevestigd (zie o.a. Schore, 1994; Cassidy en Shaver, 1999; Brisch, 1999). Met name het positief leren omgaan met de eigen gevoelens en het leren hanteren van deze gevoelens in relatie tot anderen (affectregulering) wordt gezien als een belangrijke factor voor een gezonde psychische ontwikkeling. Affectregulering kan duidelijk in verband gebracht worden met veilige hechtingsrelaties (Fonagy e.a., 2002). Schore (1994; 2003) heeft aangetoond dat kinderen die opgroeien met een gebrekkige emotionele veiligheid andere hersenen ontwikkelen, met name de orbitofrontale cortex van de rechter hemisfeer vertoont minder synaptisering. Dit gebied in de hersenen wordt geassocieerd met het vermogen tot het kunnen aangaan van intieme en sociale relaties.

* Rien Verdult is ontwikkelingspsycholoog en psychodynamisch psychotherapeut. Hij werkt in zijn eigen praktijk met volwassenen en baby's (tot 18 maanden).

Hechting kan omschreven worden als het aangaan van een duurzame affectieve band met een hechtingsfiguur, waarbij deze laatste instaat voor de emotionele veiligheid en geborgenheid van de hechtingzoekende. Meestal wordt bij hechting gedacht aan kleine kinderen, die hun emotionele zekerheid zoeken bij hun ouders. Hechting begint echter vroeger en is bovendien van alle leeftijden. Hechtingspatronen ontwikkelen zich in de vroege (prenatale) kindertijd en vertonen een hardnekkig karakter. Ze blijken zich tot op volwassen leeftijd te handhaven, zelfs tot in de ouderdom. Zo vertonen bijvoorbeeld dementerende ouderen duidelijk hechtingsgedrag dat in verband gebracht kan worden met hun vroegkinderlijke hechtingspatronen (Miesen, 1990; Verdult, 2003). Kortom, hechting is van groot belang in het affectief functioneren van de mens, en dit vanaf zijn allervroegste kindertijd tot aan zijn laatste levensfase. Deze bijdrage begint met een korte schets van Bowlby's opvattingen, gevolgd door een beschrijving van de ontwikkeling van hechting. Ook wordt de klassieke indeling van hechtingspatronen beschreven, alsmede die van de hechtingsstoornissen en de risico- en beschermingsfactoren. Tot slot wordt aandacht besteed aan de rol van de huisarts in de preventie en begeleiding van hechtingsproblematiek.

Hechting.

In de opvattingen van Bowlby is hechten een evolutionair bepaalde drijfveer. Zonder hechting en hechtingsgedrag kunnen kinderen niet overleven. Bowlby geeft hechting een biologische basis en hij beschouwt gehechtheid als een universeel menselijk fenomeen. Kleine kwetsbare kinderen moeten zich kunnen hechten. Om te kunnen overleven hebben ze de veiligheid en de nabijheid nodig van een hechtingsfiguur, een vertrouwde persoon waarop ze in geval van nood kunnen terugvallen. In het prenatale leven en in de vroege kindertijd is dit primair de biologische moeder. Later komen daar andere hechtingsfiguren bij. Afhankelijk van de aard en de kwaliteit van de relatie met zijn moeder, zal er al dan niet een hechtingsrelatie ontstaan waarin het kind zich veilig of onveilig gehecht gaat voelen. In een veilige hechtingsrelatie ontwikkelt het kind vertrouwen in de ander en in zichzelf; het ontwikkelt een affectieve band, een gevoel van verbonden zijn (Stroecken, 2003). In een onveilige hechtingsrelatie probeert het kind emotioneel te overleven, omdat het de noodzakelijke veiligheid ontbeert; de emotionele ontwikkeling komt dan in het teken te staan van zelfbescherming, waardoor een afvlakking of verstoring van het gevoelsleven optreedt. De hechtingsrelatie krijgt dan meer het karakter van een binding, van gebondenheid ofwel ambivalente afhankelijkheid.

Binnen de hechtingtheorie worden vier gedragssystemen onderscheiden (Cassidy, 1999). *Het nabijheidzoekend gedragssysteem* bestaat uit alle vormen van gedrag die het nabij brengen en het nabij houden van de hechtingsfiguur bewerkstelligen. Bij kinderen kenmerkt dit gedragssysteem zich door gedragingen die de zorgverlener naar het kind doen trekken. Bijvoorbeeld, glimlachen, huilen, de armen strekken om opgepakt te worden, zijn gedragingen die de zorgverlener dichterbij moeten brengen. Reeds als baby beschikt de mens over een heel arsenaal van gedragingen die tot doel hebben de geborgenheid veilig te stellen door de moeder dichterbij te halen en te houden (Klaus, e.a., 1995, 1998; Verdult en Stroecken, 2004). *Het exploratief gedragssysteem* is nauw verbonden met hechting. Op grond van een veilige basis met de hechtingsfiguur kan een kind zijn wereld gaan verkennen. Dit exploratief gedrag is een belangrijke voorwaarde voor het ontwikkelen van vaardigheden om met de omgeving om te kunnen gaan. Door exploreren leert het kind hoe zijn omgeving in elkaar steekt en hoe het daarmee om kan gaan. Als een veilige basis ontbreekt, zal het kind zijn exploratief

gedrag afremmen of zelfs stopzetten. Het derde gedragsstelsel is *het angststelsel*. Angst is een signaal voor dreiging in de omgeving en heeft een beschermende functie. Het angststelsel activeert de hechting. De beschikbaarheid van de hechtingsfiguur zal bepalen of een stimulus als bedreigend wordt beschouwd of niet. Als het angststelsel wordt geactiveerd door natuurlijke aanwijzingen voor gevaar, dan zal het kind onmiddellijk op zoek gaan naar zijn bron van bescherming en veiligheid, in casu zijn hechtingsfiguur. Deze drie systemen: nabijheid zoeken, exploreren en angst, reguleren de ontwikkeling van aanpassing aan de omgeving bij het kind. Het vierde gedragsstelsel is *het zorgstelsel*. Hechting, in de zin van afwisseling van nabijheid zoeken en exploreren, ontstaat altijd in wisselwerking met het zorgstelsel. Dit stelsel omvat het geheel van gedragingen van de primaire zorgverlener, welke erop gericht is om de veilige nabijheid te verzekeren, en om een veilige basis te verschaffen voor het verkennen van de wereld. Beschikbaarheid, sensitiviteit en responsiviteit worden als belangrijke kwaliteiten voor de primaire zorgverleners gezien. Deze kwaliteiten scheppen een faciliterende omgeving, waardoor het kind een gezonde persoonlijkheid kan ontwikkelen. Er bestaat discussie over wie die primaire zorgverleners zouden moeten zijn (zie o.a. Singer, 1989). Van IJzendoorn (1982) introduceerde de 'verbredingshypothese', waarin wordt gesteld dat niet de moeder de primaire zorgverlener moet zijn. Volgens hem is Bolwby's idee dat kinderen de neiging hebben om één bijzondere band aan te gaan met één moederfiguur, de zogenaamde monotropiehypothese, onhoudbaar. Volgens Van IJzendoorn bestaat er ook geen hiërarchie van hechtingsfiguren, zoals Bowlby stelde. Volgens mij behoeft de verbredingshypothese nuancering in het licht van de bevindingen over prenatale hechting. De verwarring over wie en wat het kind nodig heeft ontstaat, omdat er onvoldoende wordt gedifferentieerd naar leeftijd en ontwikkelingsfase van het kind (Stroecken, 2003). Voor het prenatale kind en voor de baby tot ongeveer één jaar geldt dat de biologische moeder de primaire hechtingsfiguur is.

Ontwikkeling van hechting.

Volgens Van IJzendoorn (1994) kan de ontwikkeling van gehechtheid op twee manieren beschreven worden, namelijk als de ontwikkeling van een soortgebonden fenomeen én als de ontwikkeling van individuele verschillen binnen dit soortgebonden fenomeen.

Ik wil beginnen met de ontwikkeling van hechting als menselijk fenomeen. De eenkennigheidsfase, waarin kinderen van 6 à 8 maanden uiting geven aan hun angst voor vreemden, is algemeen bekend. In de klassieke hechtingstheorie wordt dit vaak gezien als het begin van de ontwikkeling van de eigenlijke hechting, namelijk het handhaven van nabijheid tot één specifieke persoon. Stroecken (2003) heeft erop gewezen dat dit eerder een uitdrukking lijkt te zijn van hechtingsgedrag, maar dat de gehechtheid als relatie eerder begint. Recent prenataal en baby-onderzoek geeft een duidelijk paradigmaverschuiving te zien. De foetus en de baby worden als veel 'competenter' beschouwd dan ooit voor mogelijk werd gehouden (zie o.a. Dornes, 1993; Stern, 1995; Nossent, 1998). Thans zijn er voldoende empirische en klinische aanwijzingen die de stelling rechtvaardigen dat hechting, als affectieve band, zich prenataal ontwikkelt. Deze ontwikkeling vindt plaats in relatie tot het lichaam en de psyche van de moeder, waarin het kind groeit (zie o.a. Fedor-Freybergh en Vogel, 1988; Verny, 2002). Ook uit dierexperimenteel onderzoek blijkt dat hechting een prenatale basis heeft (zie o.a. Polan en Hofer, 1999). Het embryo en de foetus voeren een actieve dialoog met hun omgeving. Via biopsychologische kanalen vindt communicatie plaats. Hechtingspatronen worden hier in aanleg geprogrammeerd, op grond van concrete

ervaringen met het lichaam en de psyche van de moeder. Volgens Emerson (1995; Verdult, 1998, 2004) kunnen er, prenataal gezien, vijf kwetsbare momenten onderscheiden worden die cruciaal zijn in de ontwikkeling van hechting: de conceptie, de implantatie, de ontdekkingsfase, de geboorte zelf en de eerste minuten/uren na de geboorte. Op al deze momenten vinden cruciale 'ontmoetingen' plaats, die de basis leggen voor rudimentaire hechting. Hoe deze programmering plaats vindt is nog onderwerp van debat (zie o.a. Nathaliensz, 1999; Lipton, 2001; Verny, 2002). Daarmee is gesteld dat hechting eerder begint, namelijk in de baarmoeder, en dat zeer vroege ervaringen, reeds voor de 6 à 8 maanden, de potentie tot faciliteren of tot traumatiseren in zich hebben.

Indeling van hechtingspatronen.

Wat betreft de ontwikkeling van individuele verschillen binnen het soortgebonden fenomeen van de gehechtheid wordt veelal onderscheid gemaakt tussen vier patronen. Op grond van concrete hechtingservaringen ontwikkelt het kind een intern werkmodel van hechtingsrelaties. De ervaringen met zijn moeder vormen de basis voor een mentale representatie van deze relatie, die op zijn beurt de basis zal vormen voor alle verdere relatiepatronen. De volgende beschrijving van deze hechtingspatronen is gebaseerd op onder andere: Van IJzendoorn (1994), Brisch(1999), De Waal (2002).

In *het veilige hechtingspatroon* zoekt het kind, in geval van nood, steun en troost bij de ouder, om daarna weer over te gaan tot zelfstandig exploratief gedrag. Doordat de moeder sensitief heeft gereageerd op de stresssignalen van het kind, vindt het kind voldoende veiligheid om opnieuw de wereld in te stappen. De moeder functioneert door haar beschikbaarheid, haar sensitiviteit en responsiviteit als een veilige thuisbasis. Veilig gehechte kinderen worden veelal autonoom gehechte volwassenen, die in intieme relaties een gezond evenwicht vertonen tussen betrokkenheid op de partner en ruimte voor zichzelf. Deze volwassenen erkennen het belang van vroegere relaties in hun persoonlijke ontwikkeling. Ze hebben een gebalanceerde en inlevende kijk op zichzelf en op hun ouders; ze hebben een rijk gevoelsleven, zijn helder en coherent.

In *het angstig-vermijdende hechtingspatroon* zoekt het kind geen troost en steun bij de moeder, maar blijft het zich bij gevaar richten op de omgeving. Deze kinderen gedragen zich alsof ze niet geraakt worden door de scheiding of de bedreigende situatie, en het lijkt alsof ze onverstoorde doorgaan met hun exploratief gedrag; dit gedrag is vaak wel meer ongericht, doelbezogener. Fysiologische metingen van hun stress tonen echter aan dat ze wel degelijk angstig zijn, maar ze proberen hun stressreacties zoveel mogelijk zelf te reguleren en tonen ze zeker niet aan de omgeving. Het is een vorm van onthechting. Ze lijken onverschillig en worden vaak, ten onrechte tot 'makkelijke kinderen' bestempeld. In werkelijkheid is het een vorm van zelfbescherming tegen de pijn van de afwijzing die het contact met de moeder oproept; het is een overlevingsstrategie die gebaseerd is op de ervaring van een gebrek aan beschikbaarheid, aan veilige hechting. Het kind heeft een mentale representatie opgebouwd van onbereikbare ouders. Bij volwassenen staat een sterke gereserveerdheid en afstandelijkheid centraal. Zij minimaliseren of ontkennen de effecten van vroegere ervaringen en ze hebben een slecht geheugen voor persoonlijke ervaringen. Ze hebben de neiging om ouders te idealiseren; zij leggen de nadruk op persoonlijke kracht; hun gevoelens houden ze veelal op afstand en ze benadrukken emotionele onafhankelijkheid.

Angstig-ambivalent gehechte kinderen reageren heel sterk op scheiding en dreiging en ze zoeken wel contact met hun hechtingsfiguur, maar zijn boos en moeilijk te troosten. Ze klampen zich enerzijds vast aan hun moeder, maar anderzijds weren ze haar ook teleurgesteld af. Ze blijven lange tijd emotioneel ontregeld en houden de

hechtingsfiguur voortdurend in de gaten. Vanuit hun onveiligheid blijven ze zich aanklampen aan de hechtingsfiguur, wat ten koste gaat van het exploratief gedrag. Deze kinderen kunnen de moeder niet loslaten, maar kunnen haar troost en steun ook niet toelaten. Deze kinderen ontwikkelen zich vaak tot gepreoccupeerde volwassenen. In intieme relaties hebben ze de neiging de partner te verstikken in een versmeltende relatie. Zij overwaarderden hun vroegere hechtingservaringen, komen moeilijk los van hun ouders, waarop ze nog steeds boos kunnen zijn of die ze nog steeds willen behagen. Hun vertrouwen in de eigen mogelijkheden is beperkt; ze zijn hyperalert voor tekenen van steun, acceptatie, goedkeuring, dan wel afwijzing.

De vierde groep is *de gedesorganiseerde hechting*. Hierbij is het kind niet in staat om op scheiding of dreiging adequaat te reageren. Er is sprake van een ineenstorting van de gedragsmatige strategieën om met stress om te gaan. Deze kinderen vertonen vaak een chaotisch gedrag. Ze lijken overspoeld te worden door emoties die ze niet kunnen hanteren. Ze wisselen voortdurend van strategie, waardoor hun gedrag vaak doelloos en tegenstrijdig lijkt. De gedesoriënteerde volwassenen vertonen een ongelooft in de realiteit van vroegere gebeurtenissen; bij hen kunnen tijdelijke bewustzijnsveranderingen worden waargenomen en lijkt het vermogen tot logisch redeneren verstoord; ze raken in verwarring als het thema van verlies en scheiding wordt aangeraakt; deze groep wordt vaak geassocieerd met borderline problematiek.

Het mag duidelijk zijn dat er een verband bestaat tussen de ervaringen van het kind in relatie tot zijn hechtingsfiguren én het volwassen patroon van hechtingsrelaties. Er bestaat een grote mate van continuïteit in hechting (band/binding) van kindertijd tot volwassen leven. Het is zeer waarschijnlijk dat de gehechtheidsrepresentaties, -Bowlby noemde dit het intern werkmodel-, over de levensloop redelijk stabiel zijn. In dit intern werkmodel staan het zelfbeeld en het beeld van de ander centraal. In schema 1 wordt de relatie aangegeven tussen de opvoedingsstijl van de ouders, het hechtingspatroon bij het kind en bij de volwassene. Uiteraard is dit, wetenschappelijk gezien, geen causaal verband, maar de klinische praktijk laat een duidelijke samenhang zien tussen vroegkinderlijke ervaringen en latere patronen. De interne werkmodellen die in de kindertijd gevormd worden blijken een grote mate van hardnekkigheid te hebben. Ze bepalen ook in grote mate hoe de volwassene zich als opvoeder gaat gedragen (Stroecken, 1994; 2003).

Hechtingsstoornissen.

Bowlby heeft zich reeds de vraag gesteld of er een verband bestaat tussen onveilige hechting en psychopathologie. Onderzoek van Crittenden (1995) naar hechtingspatronen bij misbruikte, mishandelde en verwaarloosde kinderen laat zien, dat bij deze hoogerisicogroep een mengsel van onveilig-vermijdende, onveilig-ambivalente en gedesorganiseerde hechtingspatronen voorkomen. Crittenden gaat ervan uit dat er een continuüm bestaat tussen enerzijds meer gezonde hechtingspatronen en anderzijds meer pathologische hechtingspatronen. Brisch (1999) wijst erop dat hechtingsgedrag, zoals dat wordt onderzocht binnen de klassieke hechtingstheorie, vooral reacties onderzoekt op een bijzondere situatie, namelijk de scheiding van de moeder. Bij hechtingsstoornissen, zo stelt hij, treedt dit hechtingsgedrag op in dagelijkse situaties en in alle sociale en meer persoonlijke relaties. Een hechtingsstoornis kan omschreven worden als een duidelijk gestoorde, en niet bij de ontwikkeling passende, sociale en persoonlijke binding, die zich voordoet in dagelijkse situaties.

Het zal niet verwonderen dat bij veilige hechting of affectieve band de kans op psychopathologie klein is en dat bij onveilige hechting of binding de kans vergroot; de gedesorganiseerde hechting wordt in verband gebracht met ernstige pathologie, zoals borderline problematiek (Van Gael, 2002) of zelfdestructief gedrag, zoals automutilatie (Erneste en Visser, 2001).

De onveilige en gedesorganiseerde hechtingspatronen leiden eerder tot hechtingsstoornissen en vormen dus een zwaarwegende risicofactor in de ontwikkeling van psychopathologie. Het blijft uiteraard de vraag in welke mate hechtingsproblematiek de enige oorzakelijke rol speelt in de ontwikkeling van hechtingsstoornissen. Er kunnen nog andere factoren een rol spelen, zoals het optreden van een concreet trauma. Onveilige hechting wordt ook beschouwd als een veelgenoemde risicofactor bij andere stoornissen, zoals angst-, stemmings- en gedragsstoornissen (Rigter, 2002). Als onveilige hechting voorkomt in relatie tot andere risicofactoren zoals het ervaren van een trauma, dan wordt de kans op psychische problematiek aanzienlijk groter.

In de DSM IV wordt slechts één hechtingsstoornis vermeld, namelijk de reactieve hechtingsstoornis. Dit lijkt in de psychotherapeutische praktijk te beperkt. Brisch (1999) doet een voorstel tot een meer gedifferentieerde diagnostische classificatie van bindingsstoornissen. Hij onderscheidt zeven hechtingsstoornissen: de *volledige onthechting*, waarbij kinderen en volwassenen geen enkel teken van hechting met een hechtingsfiguur vertonen; *ongedifferentieerde binding*, waarbij kinderen en volwassenen zeer vriendelijk tegenover iedereen zijn, maar geen onderscheid lijken te maken tussen mensen met wie ze min of meer vertrouwd zijn; *grenzenloze binding* is een vorm van hechtingsstoornis die opvalt door excessief aanklappen: alleen in de nadrukkelijke nabijheid van een hechtingsfiguur zijn zij emotioneel gerustgesteld; bij *geremde binding* staat een eerder afstandelijke houding en een overdreven aanpassing centraal; bij *agressieve binding* proberen kinderen of volwassenen via verbale en/of fysieke agressie nabijheid te bewerkstelligen; *binding met rolomkering* is een hechtingsstoornis die zich kenmerkt door een grote eenzijdigheid in de relatie, waarbij het kind meer zorgt voor zijn ouders dan de ouders voor het kind; ten slotte kan *psychosomatische symptomatiek* een verwijzing zijn naar hechtingsstoornissen, waarbij de lichamelijke klachten gebruikt worden om de nabijheid van de hechtingsfiguur te bewerkstelligen.

Risico- en beschermingsfactoren.

In de hulpverlening wordt steeds meer gebruik gemaakt van het concept van risico- en beschermende factoren. Een risicofactor vergroot de kans op stoornissen, terwijl een beschermingsfactor de negatieve invloed van de risicofactor geheel of gedeeltelijk teniet doet.

Rigter (2002) geeft een overzicht van risico- en beschermingsfactoren voor onveilige hechting en hechtingsstoornissen. Het onderstaande overzicht is aangevuld met factoren die door anderen en mijzelf als risicofactoren worden beschouwd. Risicofactoren op het niveau van het kind: opvallende lichamelijke handicaps of gebreken (kunnen leiden tot afkeer), premature en couveuse kinderen, aangeboren stoornissen en/of handicaps, geboortecomplicaties, kinderen uit draagmoederschap, adoptie (met name van buitenlandse kinderen), of moeilijk hanteerbaar temperament. Vervang- of verzoenkinderen alsook ongewenste en overgewenste kinderen vormen risicogroepen. Kinderen die op jonge leeftijd voor een periode in het ziekenhuis werden opgenomen, als ook kinderen die te vroeg, te vaak en te lang van hun moeder gescheiden werden of die met te veel wisselende zorgverleners geconfronteerd werden, lopen meer risico. Risicofactoren op het niveau van de ouders kunnen zijn: ouders met een geschiedenis van onveilige hechting, of van verwaarlozing en/of

mishandeling; ouders met psychische/psychiatrische problematiek, onverwerkte trauma's; relationele en/of seksuele conflicten in de partnerrelatie. Tienermoeders alsook moeders van middelbare leeftijd kunnen beschouwd worden als een risicogroep. Risicofactoren op het niveau van de omgeving: geen ondersteunend netwerk, slechte huisvesting, lage sociaal economische status, recente migratie of vlucht uit het moederland. Het beeld dat uit hechtingsonderzoek naar voren komt is, dat de risicofactoren op het niveau van de ouders veel zwaarder doorwegen dan de risicofactoren op het niveau van het kind (Van IJzendoorn, 1994). Bovendien kan gesteld worden dat de beschermingsfactoren op het niveau van de ouders wel de risicofactoren op het niveau van het kind kunnen compenseren, op voorwaarde dat de ouders de hechtingsproblematiek onderkennen en adequate veilige hechting aanbieden. De risicofactoren bij de ouders kunnen niet worden gecompenseerd door de beschermingsfactoren op het niveau van het kind (Rigter, 2002). De invloed van risicofactoren uit de omgeving lijken eerder indirect van aard te zijn, in die zin dat ze eerder een indicatie zijn voor het functioneren van de ouders, dan dat ze een directe invloed hebben op de hechting zelf. Dit geldt zeker voor het prenatale kind en de baby; hun omgeving bestaat primair uit de moeder.

Beschermingsfactoren zijn: een kind dat bewust verwekt is, dat bewust en onbewust gewenst is, stressvrij prenatiaal leven heeft doorlopen, dat natuurlijk geboren is en dat borstvoeding heeft gekregen. Dit kind zal meer kans hebben op het ontwikkelen van een band met zijn moeder en later met andere primaire zorgverleners. Ouders die beschikbaar zijn voor de baby en het jonge kind, op het moment dat het kind dit nodig heeft, bieden meer veiligheid. Ouders die de emotionele behoeften van het jonge kind aanvoelen (sensitief zijn) en er op een adequate manier op reageren (responsief zijn) zullen ook een meer faciliterend opvoedingsklimaat voor hun kind scheppen (Stroecken, 2003).

Voorkomen, onderkennen, behandelen, en de rol van de huisarts.

Aangezien hechting beschouwd kan worden als een belangrijke factor in psychische gezondheid, lijkt het voorkomen van hechtingsproblemen en –stoornissen een belangrijke opdracht voor de gezondheidszorg. In de preventie van hechtingsproblemen lijkt de nadruk te moeten liggen op bewust ouderschap. Er worden minder kinderen geboren en we wensen steeds meer voor deze kinderen. Bewust ouderschap houdt de verantwoordelijkheid in voor het aanbieden van een faciliterende omgeving, waarin het kind zich kan ontplooiën op grond van ervaren emotionele veiligheid. Stroecken (2003) bepleit een bewust ouderschap, waarin de affectieve rechten van het prenatale en jonge kind betere gewaarborgd kunnen worden. De huisarts kan bij afwegingen die (aanstaande) ouders maken aandacht vragen voor de emotionele noden van het (prenatale) kind. Zo kan hij, bijvoorbeeld, bij de afweging rond een mogelijke abortus, wijzen op het gewicht dat ongewenst-zijn heeft op de ontwikkeling van kind. Immers, onderzoek toont aan dat ongewenste kinderen meer intellectuele, psychomotorische en sociale stoornissen vertonen (Häsing en Janus, 1994). Hij kan zwangere vrouwen, voor zover deze nog de huisarts raadplegen, wijzen op het belang van een stressvrije zwangerschap. Vooral stress tussen de 12e en 28e week van de zwangerschap kan leiden tot hyperactiviteit (Van den Berg en Marcoen, 2004). Hij kan zwangere vrouwen, die 'onzeker' zwanger zijn (Dehaene, 2000), omdat ze in afwachting zijn van een medische uitspraak over de gezondheid van het kind, wijzen op het belang van de prenatale hechting en hen wijzen op de mogelijkheden van prenatale begeleiding. Hij kan met ouders spreken over het belang van een natuurlijke geboorte, omdat geboortetrauma's altijd samengaan met hechtingsproblemen (Emerson, 1998). Hij

kan pleiten voor borstvoeding, niet alleen omdat dit gezonder is, maar ook omdat door het intieme lieflijke contact de affectieve band meer versterkt wordt. Hij kan ouders wijzen op het belang van veilige hechting, zeker in het eerste levensjaar. Een open dialoog hoeft daarbij niet te leiden tot de zogenaamde schuldinductie.

Schuldgevoelens lossen niets op, blokkeren een heldere kijk op de realiteit, zijn een ontlopen van verantwoordelijkheid en verwijzen eerder naar afweer en weerstand. Een empathische, open communicatie kan ook moeilijke en pijnlijke onderwerpen bespreekbaar maken.

Het vroegtijdig opsporen van risicofactoren voor hechtingsstoornissen lijkt een open deur te zijn. Toch leert de ervaring dat hechtingsproblemen en hechtingsstoornissen nog altijd te weinig worden onderkend, zeker in het geval van baby's en zeer jonge kinderen. Het is vaak pas als de peuter een ontwikkelingsachterstand vertoont, of als het kind op school leerproblemen en/of sociale problemen vertoont dat er aan de bel getrokken wordt. Niet goed verwerkte verlies- en scheidingservaringen kunnen belangrijke oorzaken zijn voor hechtingsproblemen; hoe kinderen (en volwassene) er later mee omgaan kan belangrijke aanwijzingen opleveren voor mogelijke hechtingsproblemen of -stoornissen. Mogelijke scheidingservaringen voor het jonge kind kunnen zijn: te vroeg geboren worden, het blijven in een couveuse na de geboorte, verlies van de biologische moeder, te vroeg en te langdurig in een crèche verblijven, vakantie van ouders, e.d.. Mogelijke verlieservaringen kunnen zijn: verlies van een ouder, verlies van een broertje of zusje, verlies van grootouders, verlies van een huisdier, enz.. Nog te vaak wordt gedacht dat jonge kinderen geen scheiding of verlies kunnen ervaren of dat ze hier vanzelf overheen groeien. Hier ligt zeker een aandachtspunt voor de huisarts, die door zijn eerstelijnspositie in de gezondheidszorg op de hoogte kan zijn van belangrijke interactiepatronen in het familiale leven.

In mijn praktijk merk ik dat veel ouders bij opvoedingsmoeilijkheden ook hun huisarts raadplegen, maar daar helaas nog te vaak te weinig gehoor vinden. Achter de opvoedingsmoeilijkheden kunnen hechtingsproblemen schuil gaan. Vanuit zijn inzichten en zijn betrokkenheid kan de huisarts ondersteuning geven. Voorwaarde lijkt mij wel te zijn, dat hij ouders een dieper perspectief biedt en dat hij niet blijft steken in een analyse van lichamelijke klachten of storende gedragingen. In het beste geval kan hij helpen om de onderliggende hechtingspatronen te ontrafelen. Vooral ouders waarvan wordt vermoed, dat op basis van hun eigen geschiedenis, de hechting met kinderen wel eens problematische vormen zou kunnen gaan aannemen, vormen een risicogroep en vragen om extra ondersteuning. Immers, hechtingspatronen hebben een sterke intergenerationele tendens (Van IJzendoorn, 1994). Patronen worden van ouders op kinderen doorgegeven. Achter relatieproblemen, seksuele moeilijkheden, verstoorde rouwprocessen, depressieve klachten, angstgerelateerde klachten, vage psychosomatische klachten kunnen oude en actuele hechtingsmoeilijkheden of -stoornissen schuilgaan. Psychotherapie voor baby's, kinderen en volwassenen kan aangewezen zijn. Om de effecten van intergenerationele overdracht van hechtingsstoornissen te doorbreken, is het van belang dat ouders hun eigen hechtingservaringen bewust worden en verwerken. Dit is de beste garantie op het doorbreken van een patroon, omdat de mentale representatie van gehechtheid bij de ouders hun gedrag als hechtingsfiguur naar hun kinderen bepaalt. Bovendien wegen de risicofactoren bij de ouders het zwaarst door. De huisarts kan ouders motiveren om hulp te zoeken bij vakbekwame en geschoolde psychotherapeuten. Door hechtingsproblemen of -stoornissen bij zwangere vrouwen ('ik heb geen gevoel naar mijn baby'), bij baby's (vermijden van oogcontact of veel huilen), kinderen (aanklampgedrag, hyperactiviteit, wegloupedrag) en volwassenen (contactvermijding, geen gevoelens kunnen uiten, niet kunnen praten, seksuele moeilijkheden) te onderkennen en bespreekbaar te maken kan een verwijzingsproces op gang komen.

Ik deel de mening van De Waal (2002) dat er de laatste decennia een toenemende druk op psychotherapeuten is ontstaan om kortdurend en klachtgericht te behandelen. Er wordt steeds meer gekeken naar klachten en symptomen om daarna oplossingsgerichte strategieën toe te passen. De actuele klachten van de cliënt maken echter zichtbaar op welke manier de cliënt als kind, in zijn gezin van oorsprong, geprobeerd heeft om op de best mogelijke manier te overleven, om zo weinig mogelijk pijn op te lopen. Ik werk als psychotherapeut op een psychodynamische basis en ik vertrek vanuit het idee dat klachten hun betekenis hebben en dat deze betekenis moet gezocht worden in de vroege hechtingsgeschiedenis van de cliënt, inclusief zijn prenatale en geboorte-ervaringen. Het onthullen van de miskennis van de affectieve behoeften en van de gevoelens van de cliënt in zijn kindertijd staat centraal in de behandeling. Hechtingsproblemen en hun mentale representaties vormen een belangrijk thema in de behandeling (Van IJzendoorn, 2001).

Op verschillende leeftijden zijn aangepaste psychotherapeutische behandelingen, die aansluiten bij de hechtingstheorie, in ontwikkeling. Tijdens de zwangerschap kan de moeder de hechting met haar kind versterken via haptonomische begeleiding of door een hechtingsanalyse. Voor premature baby's kan kangarooën en NIDCAP (neonatale zorg) aangewezen zijn. Voor baby's die geboren zijn met prenatale en/of geboortetrauma's is babytherapie een mogelijkheid, waarbij door het herbeleven van het geboortetrauma, de hechtingsproblematiek die daaruit voort gekomen is, kan worden weggenomen. Babytherapie is volop in ontwikkeling (zie o.a. Harms, 2000; Verdult en Stroecken, 2004). Voor kinderen met leerproblemen lijkt het eerder aangewezen te zijn om de behandeling te richten naar de onderliggende emotionele problematiek. In de residentiële jeugdzorg, en dan spreken we over ernstige hechtingsstoornissen, worden steeds meer programma's ontwikkeld om relatiegestoorde jongeren op te vangen. Voor adoptiekinderen of kinderen met het bodemloos syndroom is psychotherapie op grond van de hechtingstheorie eveneens aangewezen. Voor volwassenen met hechtingsstoornissen kan psychotherapie helpen, mits deze therapie gericht is op het herbeleven van de hechtingservaringen uit de kindertijd. Voor al deze mogelijkheden kan de huisarts een doorverwijzing doen.

Afronding.

De hechtingstheorie is een dominante stroming in de psychologie en de psychotherapie. Het belang van veilige hechting als beschermingsfactor voor mogelijke psychische problematiek, kan niet genoeg onderstreept worden. Kinderen hebben een veilige hechting nodig om zich te kunnen ontwikkelen tot gezonde en gelukkige volwassenen. Veilige hechting geeft een goede bescherming tegen psychische problemen. Hechting begint in de baarmoeder. Het prenatale kind en de baby ontwikkelen hechting, die voor hun psychische en lichamelijke overleving van levensbelang is. De hechtingstheorie heeft opnieuw het gewicht van de kindertijd op de latere ontwikkeling in de schijnwerpers gezet. Hechting (band) of onthechting (binding) in de kindertijd vormt, zonder verwerking, een levenslang patroon dat alle sociale en intieme relaties vorm geeft. De opgebouwde hechtingspatronen, of beter gezegd, de mentale representatie ervan, zorgen voor overdrachtsfenomenen in de partnerrelatie en voor een intergenerationele overdracht van hechtingspatronen en hechtingsstoornissen in de ouder-kind relatie. Het doorbreken van deze patronen lijkt een belangrijke opgave, willen we het welbevinden van kinderen en volwassenen bevorderen. Onthullende psychotherapie, gericht op het doorleven van de oude pijn, kan helpen om hechtingsstoornissen te verwerken. Beter blijft voorkomen; vandaar dat een onthullende psychotherapeut niets anders kan doen dan oproepen tot bewust ouderschap, waarin het dragen van

verantwoordelijkheid voor een veilige hechting centraal staat. Veilige hechting is een bron van leven; onveilige hechting leidt tot overleven.

Literatuur.

Bowlby J. Attachment and loss. Vol 1: attachment. New York: Basic Books, 1969.

Bowlby J. Attachment and loss. Vol 2: Separation, anxiety and anger. New York: Basic Books, 1973.

Bowlby J. Attachment and loss. Vol 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books, 1980.

Brisch K. Bindungsstörungen; von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999.

Cassidy J. The nature of the child's ties. In: Cassidy J en Shaver Ph. The handbook of attachment: theory, research and clinical applications London: Guilford Press, 1999.

Cassidy J en Shaver Ph., The handbook of attachment: theory, research and clinical applications. London: Guilford Press, 1999.

Crittenden P M. Attachment and psychopathology. In: Goldberg S, Muir R en Kerr J. Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives. New York: The Analytic Press, 1995.

Dehaene T. Onzeker zwanger. Leuven: Davidsfonds, 2000.

De Waal J. In den beginne was er hechting. In: *Tijdschrift voor psychotherapie*, 2002, 6:483-500.

Dornes M. Der kompetente Säugling. Die präverbale entwicklung des Menschen. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1993.

Emerson W R. The vulnerable prenat. In: *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 1994, 3: 157-169.

Emerson W R. Birth trauma: the psychological effects of obstetrical interventions. In: *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 1998, 1:11-44.

Erneste D. en Visser S., Hoe te hechten als iemand snijdt ? Over zelfdestructief gedrag in de therapeutische relatie. In: *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie*, 2001, 4:253-264.

Fedor Freybergh P en Vogel V. Prenatal and perinatal psychology and medicine; encounter with the unborn. Carnforth: Parthenon Publishing, 1988.

Fonagy P, Gergely G, Jurist E en Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York, Other Press, 2002.

Harms T., Auf die Welt gekommen; die neue Baby-Therapien. Berlin: Leutner Verlag, 2000.

Häsing H en Janus L. Ungewollte Kinder: Annäherungen, Beispiele und Hilfe. Hamburg: Rowolt, 1994.

Klaus M, Klaus Ph en Kennell J. Bonding. Reading: Addison-Wesley, 1995.

Klaus M. en Klaus Ph. Your amazing newborn. Massachusetts: Perseus Books, 1998.

Lipton B. Nature, nurture and human development. In: *Journal of prenatal and perinatal psychology and health*, 2001, 16, 3: 167-180.

Miesen B. Gehechtheid en dementia. Almere: Uitgeverij Versluys, 1990.

Nathanielsz P. Life in the womb: the origin of health and disease. New York: Promethean Press, 1999.

Nossent S. Babyvisie. Amsterdam: Bert Bakker, 1998.

Polan H.J. en Hofer M.A., Psychobiological origins of infant attachment and separation responses. In: Cassidy J. en Shaver, Ph., The handbook of attachment: theory, research and clinical applications London: Guilford Press, 1999.

Rigter J. Ontwikkelingspathologie bij kinderen en jeugdigen. Bussem: Uitgeverij Couthinho, 2002.

Schore A. Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of development. New York, Erlbaum, 1994.

Schore A., De geest in ontwikkeling: hechting, het zichzelf organiserend brein en de op ontwikkeling gerichte psychoanalytische psychotherapie. In: *Toegang tot de psychotherapie*, 2003, 1, 7 – 44.

Singer E. Kinderopvang en de moeder-kindrelatie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.

Stern D N. The motherhood constellation. London: Karnac books, 1995.

Stroecken G. Het miskende kind in onszelf Leuven: ACCO, 1994.

Stroecken G. De stem van het jonge kind. Houten: Unieboek, 2003.

Van den Berg B en Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8- and 9-years-old. In: *Child development*, 2004

Van Gael M. De missing link tussen trauma en borderlineproblematiek: een benadering vanuit de hechtingstheorie. In: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2002, 5:365-384.

Van IJzendoorn MH. Opvoeden in geborgenheid. Deventer: Van Loghem Slaterus, 1982.

Van IJzendoorn M.H. Gehechtheid van ouders en kinderen. Houtem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.

Van IJzendoorn M. H. Gehechtheid en therapie: mentale representaties van gehechtheid in psychotherapie en interventies. In: *Tijdschrift voor clientgerichte Psychotherapie*, 2001, 3:182–196.

Verdult R., De geboorte is niet het begin. In: *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 1998, 4, 76 – 80.

Verdult R. De pijn van dement-zijn. Over een belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag. Baarn: HB uitgevers, 2003.

Verdult R., De competente foetus: op weg naar hechting. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 2004, 1, 15-20.

Verdult R en Stroecken G. Babytherapie: 'spreken' met de baby. In: *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 2004, 3:132-135.

Verny Th. Tomorrow's baby. New York: Simon&Schuster, 2002.

Correspondentie:

Rien Verdult, Opleeuwstraat 59, 3840 Gors-Opleeuw (Borgloon).

Telefoon: 012 – 67 19 35

E-mail: rien.verdult@skynet.be

Website: www.stroeckenverdult.be

Bijlage 1

Opvoedingsstijl van de ouders	Hechtingsgedrag bij het kind	Relatiepatroon bij de volwassene
Adequate aandacht Voldoende ondersteuning Oog voor frustraties/onttrekking Stabiliteit Warmte	Veilige hechting Troost en steun zoeken Exploreren	Autonoom Gezond evenwicht tussen hechten en exploreren, tussen nabijheid en afstand Reëel beeld van de kindertijd
Onbereikbare ouders Opdringerig en tegenstrijdig Eerder te veel stimulatie/verwachtingen Controlerend/invasief Verstikkend	Onveilige vermijdende hechting Geen troost zoeken/geen steun zoeken 'Makkelijk' kind Niet geraakt/onderkoeld Doorgaan met exploreren Naar buiten gericht	Gereserveerd Devalueren of idealiseren van kindertijd Nadruk op emotionele onafhankelijkheid Gevoelens op afstand Alleen vertrouwen op eigen kracht
Onberekenbare ouders Wisselend beschikbaar Weinig responsief Weinig betrokkenheid Weinig stimulatie/weinig steun Weinig sensitief	Onveilig ambivalent gehecht Grote ontregeling bij stress Vastklampen én boos Moeilijk te troosten Weinig exploreren	Gepreoccupeerd Overaccentueren van de kindertijd Niet loskomen van de kindertijd Zoeken naar geruststelling Bang voor afwijzing Bang voor nabijheid én verlangen naar nabijheid
Onsamenhangende ouders Tegenstrijdige stimulatie Onvoorspelbaar gedrag Angstaanjagend en bizar gedrag Geen veiligheid	Gedesorganiseerd gehecht Chaotische hechting Wisselende reacties op scheiding	Gedesoriënteerd Persoonlijkheidsstoornissen (veelal borderline)

Schema 1: Verband tussen opvoedingsstijl en hechtingsgedrag bij kinderen en volwassenen.

(Verdult, naar: Van IJzendoorn, Brisch, De Waal)