

HECHTING: RISICO OF BESCHERMING?

Rol van de huisarts in de preventie en begeleiding van hechtingsstoornissen

R. VERDULT

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 blijken tot op volwassen leeftijd van doorslaggevende betekenis in intieme relaties. Hechtingsstoornissen liggen vaak aan de basis van psychopathologie. Preventie op jonge leeftijd, onderkenning van hechtingsproblemen en doorverwijzing naar professionele hulp, lijken tot de taak van de huisarts gerekend te kunnen worden.

De hechtingstheorie is op dit moment één van de dominante theorieën in de psychologie en psychotherapie. Er bestaat veel wetenschappelijke en psychotherapeutische belangstelling voor de opvattingen van de Engelse kinderpsychiater John Bowlby, zoals hij die reeds vanaf de jaren '60 van vorige eeuw formuleerde¹⁻³. De voornaamste reden hiervoor lijkt te zijn dat hulpverleners in hun praktijk steeds meer geconfron-

teerd worden met emotionele problemen, waarvan wordt aangenomen dat ze verband houden met hechtingsproblematiek. Zo worden onder andere contact- en relatiestoornissen, aandachts- en leerstoornissen (ADHD), druggebruik, depressiviteit, angst- en stemmingsstoornissen geassocieerd met een verstoorde hechting. Ook de meer ernstige psychische problematiek, zoals borderline, anorexia en automutilatie zouden met vroege hechtingsstoornissen kunnen te maken hebben.

Onder hulpverleners is het laatste decennium 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. Dit wordt door wetenschappelijk onderzoek steeds meer bevestigd⁴⁻⁶. Het positief leren omgaan met de eigen gevoelens en het leren hanteren van deze gevoelens in relatie tot anderen (affectregulering) wordt beschouwd als een essentiële factor voor een gezon-

de psychische ontwikkeling. Affectregulering kan duidelijk in verband worden gebracht met veilige hechtingsrelaties⁶. Schore^{7,8} heeft aangetoond dat kinderen die opgroeien met een gebrekkige emotionele veiligheid andere hersenen ontwikkelen; de orbitofrontale cortex van de rechter hemisfeer vertoont minder synaptisering. Dit gebied in de hersenen zou instaan voor het vermogen om intieme en sociale relaties te kunnen aangaan.

Hechting kan worden omschreven als het aangaan van een duurzame affectieve band met een hechtingsfiguur, waarbij deze laatste zorgt voor de emotionele veiligheid en ge-

borgenheid 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. Dementerende ou-

deren hebben duidelijk hechtingsgedrag dat in verband kan worden gebracht met hun vroegkinderlijke hechtingspatronen^{9,10}. Kortom: hechting is van wezenlijk belang in het affectief functioneren van de mens, en dit vanaf zijn aller-vroegste kindertijd tot in zijn laatste levensfase.

Wat is 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 beschouwt gehechtheid als een universeel menselijk fenomeen. Kleine kwetsbare kinderen moeten zich kunnen hechten. Om te kunnen overleven hebben ze de veiligheid en nabijheid nodig van een hechtingsfiguur, een vertrouwde persoon op wie ze in geval van nood kunnen terugvallen. In het prenatale leven en in de vroege kindertijd is dat de biologische moeder. Later komen er andere hechtingsfiguren bij. Afhankelijk van de aard

Onder hulpverleners is het laatste decennium 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

en de kwaliteit van de relatie van een kind met zijn moeder, zal er al dan niet een hechtingsrelatie ontstaan waarin het zich veilig of onveilig gehecht gaat voelen. Dankzij een veilige hechtingsrelatie krijgt het kind vertrouwen in de ander en in zichzelf; het ontwikkelt een affectieve band, een gevoel van verbondenheid¹¹. In een onveilige hechtingsrelatie probeert het kind daarentegen emotioneel te overleven. De emotionele ontwikkeling komt dan in het teken te staan van zelfbescherming, waardoor afvlakking of verstoring van het gevoelsleven optreedt. De hechtingsrelatie krijgt dan meer het karakter van een binding, gebondenheid of ambivalente afhankelijkheid.

Gedragssystemen

De hechtingstheorie onderscheidt vier gedragssystemen¹². De eerste drie reguleren de ontwikkeling van de bekwaamheid van het kind om zich aan te passen aan de omgeving.

Het *nabijheidzoekende* gedragssysteem bestaat uit alle vormen van gedrag die het nabij brengen en het nabij houden van de hechtingsfiguur bewerkstelligen.

Bij kinderen kenmerkt het zich door gedragingen die de aandacht van de zorgverlener trekken, zoals glimlachen, huilen of de armen strekken om opgepakt te worden. Reeds als baby beschikt de mens over een heel arsenaal gedragingen die tot doel hebben de geborgenheid veilig te stellen door de moeder dichterbij te halen en te houden¹³⁻¹⁵.

Het *exploratief* gedragssysteem is nauw verbonden met hechting. Vertrekkende van een veilige basis met de hechtingsfiguur kan een kind zijn wereld verkennen. Dit gedrag is een belangrijke voorwaarde om te leren omgaan met de omgeving. Via exploratie leert het kind immers hoe zijn omgeving in elkaar zit en hoe het daarmee kan omgaan. Als een veilige basis ontbreekt, zal het kind zijn exploratief gedrag afremmen of zelfs stopzetten.

Het *angststelsel* is het derde gedragssysteem. Angst is een signaal voor dreiging in de omgeving en heeft een beschermende functie. Het activeert hechting. De beschikbaarheid van de hechtingsfiguur zal bepalen of een stimulus al dan niet als bedreigend wordt beschouwd. 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.

Het vierde gedragssysteem is het *zorgsysteem*. Hechting – in de zin van afwisseling van nabijheid zoeken en exploreren – ontstaat altijd in wisselwerking met het zorgsysteem.

Dit zorgsysteem omvat het geheel van gedragingen van de primaire zorgverlener, dat erop gericht is de veilige nabijheid te verzekeren en om een veilige basis te verschaffen om de wereld te verkennen.

Primaire zorgverleners

Beschikbaarheid, sensitiviteit en responsiviteit worden als belangrijke kwaliteiten van de primaire zorgverleners gezien. Zij scheppen een faciliterende omgeving, waardoor het kind een gezonde persoonlijkheid kan ontwikkelen. Er bestaat echter discussie over wie die primaire zorgverleners

zouden moeten zijn¹⁶. Van IJzendoorn introduceerde de 'verbredingshypothese'¹⁷, waarin hij stelt dat de primaire zorgverlener niet per se de moeder moet zijn. Volgens hem is Bowlby's idee dat kinderen de neiging hebben om één bijzondere band aan te gaan met één moederfiguur – de zogenaamde monotropiehypothese – onhoudbaar. Hij oordeelt in tegenstelling tot Bowlby dat er evenmin een hiërarchie van hechtingsfiguren bestaat. In het licht van de bevindingen over prenatale hechting verdient de verbredingshypothese echter nuanceren. De verwarring over wie en wat het kind nodig heeft ontstaat omdat onvoldoende wordt gedifferentieerd naar de leeftijd en ontwikkelingsfase van het kind¹¹. De biologische moeder is en blijft de primaire hechtingsfiguur voor het ongeboren kind en voor de baby tot ongeveer één jaar.

Ontwikkeling van hechting

Volgens Van IJzendoorn¹⁸ kan de ontwikkeling van gehechtheid op twee manieren worden beschreven: als de ontwikkeling van een soortgebonden fenomeen én als de ontwikkeling van individuele verschillen binnen dit soortgebonden fenomeen.

De eenkennigheidsfase waarin kinderen van zes à acht maanden uiting geven aan hun angst voor vreemden, is algemeen bekend. In de klassieke hechtingstheorie wordt het frequent gezien als het begin van de ontwikkeling van de eigenlijke hechting, namelijk het handhaven van nabijheid tot één specifieke persoon. Stroecken¹¹ wees er echter op dat dit eerder een uitdrukking lijkt te zijn van hechtingsgedrag, maar dat de gehechtheid als relatie vroeger begint.

Recent prenataal en baby-onderzoek toont een duidelijke paradigmaverschuiving. De foetus en de baby worden als veel 'competenter' beschouwd dan ooit voor mogelijk werd

Beschikbaarheid, sensitiviteit en responsiviteit worden als belangrijke kwaliteiten van de primaire zorgverleners gezien. Zij scheppen een faciliterende omgeving, waardoor het kind een gezonde persoonlijkheid kan ontwikkelen

gehouden¹⁹⁻²¹. Thans zijn er voldoende empirische en klinische aanwijzingen die de stelling onderbouwen dat hechting als affectieve band zich prenataal ontwikkelt. Deze ontwikkeling vindt plaats in relatie tot het lichaam en de psyche van de moeder in wie het kind groeit^{22,23}. Ook uit dierexperimenteel onderzoek blijkt dat hechting een prenatale basis heeft²⁴. Het embryo en de foetus voeren een 'actieve dialoog' met hun omgeving via biopsychologische kanalen. Hechtingspatronen worden hier in aanleg geprogrammeerd, op grond van concrete ervaringen met het lichaam en de psyche van de moeder.

Volgens Emerson²⁵⁻²⁷ kunnen er vijf kwetsbare momenten worden onderscheiden die fundamenteel 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 gebeurt, is nog onderwerp van discussie^{23,28,29}.

Hechting begint dus eerder, namelijk in de baarmoeder. Zeer vroege ervaringen – reeds voor de zes à acht maanden – hebben de potentie in zich om te faciliteren of te traumatiseren.

I n d e l i n g v a n h e c h t i n g s p a t r o n e n

Bij de ontwikkeling van individuele verschillen binnen het soortgebonden fenomeen van gehechtheid wordt veelal een onderscheid gemaakt tussen vier patronen. Via 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 haar beurt het fundament is voor alle verdere relatiepatronen. De hiernavolgende beschrijving van deze hechtingspatronen is ontleend aan onder meer Brisch⁴, Van IJzendoorn¹⁸ en De Waal³⁰.

Veilig hechtingspatroon

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. Als de moeder sensitief reageert op de stresssignalen van het kind, vindt het nadien 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 doorgaans autonoom gehechte volwassenen die in intieme re-

laties een gezond evenwicht hebben tussen betrokkenheid op de partner en ruimte voor zichzelf. Deze volwassenen erkennen het belang van vroegere relaties in hun persoonlijke ontwikkeling en hebben een gebalanceerde en inlevende kijk op zichzelf en hun ouders; ze hebben een rijk gevoelsleven, zijn helder en coherent.

Angstig-vermijdend hechtingspatroon

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 bedreigende situatie. Het lijkt of ze onverstoord doorgaan met hun exploratief gedrag. Dit gedrag is vaak meer ongericht en doellozer. Fysiologische metingen van hun stress wijzen nochtans uit dat ze wel degelijk angstig zijn, maar hun stressreacties zoveel mogelijk zelf proberen te reguleren. Dit is een vorm van onthechting. Ze lijken onverschillig en worden dikwijls onterecht als 'makkelijke kinderen' bestempeld. In werkelijkheid is hun gedrag 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 of veilige hechting. Het kind heeft een mentale representatie opgebouwd van 'onbereikbare' ouders. Bij volwassenen uit zich dat in een sterke gereserveerdheid en afstandelijkheid. Zij minimaliseren of ontkennen de effecten van vroegere ervaringen en hebben een slecht geheugen voor persoonlijke ervaringen. Ze hebben de neiging hun ouders te idealiseren en leggen de nadruk op persoonlijke kracht. Hun gevoelens houden ze meestal op afstand en benadrukken emotionele onafhankelijkheid.

Angstig-ambivalent gehechte kinderen

Angstig-ambivalent gehechte kinderen reageren heel sterk op scheiding en dreiging. Ze zoeken wel contact met hun hechtingsfiguur, maar zijn boos en moeilijk te troosten. Ze klampen zich enerzijds vast aan hun moeder, maar keren zich anderzijds ook teleurgesteld van haar af. Ze blijven lange tijd emotioneel onregelmatig en houden de hechtingsfiguur voortdurend in de gaten. Vanuit hun onveiligheid blijven ze zich aanklappen aan de hechtingsfiguur, hetgeen ten koste gaat van het exploratief gedrag. Deze kinderen kunnen de moeder niet loslaten, maar kunnen haar troost en steun evenmin toelaten. Het worden later vaak 'bezorg-

Hechting begint al in de baarmoeder. Zeer vroege ervaringen – reeds voor de zes à acht maanden – hebben de potentie in zich om te faciliteren of te traumatiseren

de' volwassenen. In intieme relaties hebben ze de neiging de partner te verstikken in een versmeltende relatie. Zij overwaarderen hun vroegere hechtingservaringen, komen moeilijk los van hun ouders, op wie 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 of afwijzing.

Gedesorganiseerde hechting

Bij een 'gedesorganiseerde' hechting 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 te kunnen omgaan. Deze kinderen vertonen dikwijls chaotisch gedrag. Ze lijken overspoeld te worden door emoties die ze niet kunnen hanteren. Ze wisselen voortdurend van strategie, waardoor hun gedrag doel- en tegenstrijdig lijkt. Gedesoriënteerde volwassenen hebben een ongelooft in de realiteit van vroegere gebeurtenissen. Bij hen kunnen tijdelijke bewustzijnsveranderingen worden waargenomen; hun vermogen tot logisch redeneren lijkt verstoord. Ze raken in verwarring als het

Het is duidelijk dat er een verband bestaat tussen de ervaringen van het kind in relatie tot zijn hechtingsfiguren én het volwassen patroon van hechtingsrelaties

thema 'verlies' en 'scheiding' wordt aangeraakt. Deze groep wordt frequent geassocieerd met borderline problematiek.

Continuïteit

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. Van kindertijd tot volwassen leven heeft hechting (band of binding) een vrij continu karakter. De gehechtheidsrepresentaties – Bowlby noemde dit het interne werkmodel – zijn hoogstwaarschijnlijk over de levensloop heen redelijk stabiel. In dit interne werkmodel staan het zelfbeeld en het beeld van de ander centraal. In *tabel 1* staat 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 worden gevormd, hebben klaarblijkelijk een grote hardnekkigheid. Ze bepalen ook hoofdzakelijk hoe de volwassene zich als opvoeder gedraagt^{11,31}.

Opvoedingsstijl van de ouders	Hechtingsgedrag bij het kind	Relatiepatroon bij de volwassene
Adequate aandacht Voldoende ondersteuning Oog voor frustraties/ontreddering 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 de 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)

Tabel 1: Verband tussen opvoedingsstijl en hechtingsgedrag bij kinderen en volwassenen (naar Brisch⁴, Van IJzendoorn¹⁸ en De Waal³⁰).

Hechtingsstoornissen

Bowlby stelde zich de vraag of onveilige hechting en psychopathologie met mekaar in verband staan. Uit onderzoek van Crittenden³² naar hechtingspatronen bij misbruikte, mishandelde en verwaarloosde kinderen blijkt dat deze hoogrisicogroep een mix van onveilig-vermijdende, onveilig-ambivalente en gedesorganiseerde hechtingspatronen vertoont. Crittenden gaat ervan uit dat er een continuüm bestaat tussen de meer gezonde en de meer pathologische hechtingspatronen. Brisch⁴ zegt 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 is een duidelijk gestoorde en niet bij de ontwikkeling passende sociale en persoonlijke binding, die zich voordoet in dagelijkse situaties.

Bij veilige hechting of affectieve band is de kans op psychopathologie klein; bij onveilige hechting of binding is die kans vergroot. De gedesorganiseerde hechting wordt in verband gebracht met ernstige pathologie, zoals borderline problematiek³³ of zelfdestructief gedrag, zoals automutilatie³⁴.

De onveilige en gedesorganiseerde hechtingspatronen leiden eerder tot hechtingsstoornissen. Ze vormen dus een hoge risicofactor in de ontwikkeling van psychopathologie. Het blijft uiteraard de vraag in welke mate hechtingsproblematiek de enige oorzaak is in de ontwikkeling van hechtingsstoornissen. Ook andere factoren kunnen een rol spelen, zoals bijvoorbeeld het optreden van een concreet trauma. Onveilige hechting wordt bovendien beschouwd als een risicofactor bij andere stoornissen, zoals angst-, stemmings- en gedragsstoornissen³⁵. Als onveilige hechting samen met andere risicofactoren voorkomt, 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. Brisch⁴ ijvert voor een meer gedifferentieerde diagnostische classificatie van bindingsstoornissen en onderscheidt zeven hechtingsstoornissen:

- *volledige onthechting*: geen enkel teken van hechting met een hechtingsfiguur;

- *ongedifferentieerde binding*: zeer vriendelijk tegenover iedereen; er lijkt geen onderscheid te worden gemaakt tussen mensen met wie men min of meer vertrouwd is;
- *grenzeloze binding*: vorm van hechtingsstoornis die opvalt door excessief aanklappen; alleen in de nadrukkelijke nabijheid van een hechtingsfiguur is men emotioneel gerustgesteld;
- *geremde binding*: wordt gekenmerkt door een eerder afstandelijke houding en een overdreven aanpassing;
- *agressieve binding*: nabijheid wordt gerealiseerd via verbale en/of fysieke agressie;
- *binding met rolomkering*: grote eenzijdigheid in de relatie; het kind zorgt meer voor zijn ouders dan de ouders voor het kind;
- *psychosomatische symptomatiek*: lichamelijke klachten worden gebruikt om de nabijheid van de hechtingsfiguur te bewerkstelligen.

Risico- en beschermingsfactoren

Het concept van risico- en beschermende factoren vindt in de hulpverlening steeds meer ingang: een risicofactor ver-

groot de kans op stoornissen, terwijl een beschermingsfactor de negatieve invloed van de risicofactor geheel of gedeeltelijk tenietdoet.

Rigter³⁵ geeft een overzicht van risico- en beschermingsfactoren voor onveilige hechting en hechtingsstoornissen (zie tabel 2). De tabel is aangevuld met factoren die door anderen en mijzelf als risicovol worden beschouwd.

Uit hechtingsonderzoek is duidelijk dat risicofactoren op het niveau van de ouders veel zwaarder doorwegen dan die op het niveau van het kind¹⁸. Bovendien blijken beschermingsfactoren op het niveau van de ouders de risicofactoren op het niveau van het kind wel te compenseren, op voorwaarde dat de ouders de hechtingsproblematiek onderkennen en een adequate veilige hechting bieden. Andersom kunnen de risicofactoren bij de ouders niet worden gecompenseerd door de beschermingsfactoren op het niveau van het kind³⁵. De invloed van risicofactoren uit de omgeving lijkt eerder indirect. Ze zijn eerder een indicatie voor het functioneren van de ouders, dan dat ze een directe invloed hebben op de hechting zelf. Dit geldt zeker voor het ongebooren kind en de baby, want hun omgeving bestaat primair uit de moeder.

Beschermingsfactoren zijn: een kind dat bewust is verwekt, dat bewust en onbewust is gewenst, een stressvrij prenataal

Het concept van risico- en beschermende factoren vindt in de hulpverlening steeds meer ingang: een risicofactor vergroot de kans op stoornissen; een beschermingsfactor verkleint die kans

Risicofactoren op het niveau van het kind	<ul style="list-style-type: none"> - opvallende lichamelijke handicaps of gebreken (kunnen leiden tot afkeer), - premature en couveusekinderen, - aangeboren stoornissen en/of handicaps, geboortecomplicaties, - kinderen uit draagmoederschap, - adoptiekinderen (vanuit buitenland) of kinderen met moeilijk hanteerbaar temperament, - vervang- of verzoenkinderen, - ongewenste en overgewenste kinderen, - kinderen die op jonge leeftijd voor een tijdje in het ziekenhuis werden opgenomen, - kinderen die te vroeg, te vaak en te lang van hun moeder gescheiden werden of die met te veel wisselende zorgverleners geconfronteerd werden.
Risicofactoren op het niveau van de ouders	<ul style="list-style-type: none"> - 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 en moeders van middelbare leeftijd.
Risicofactoren op het niveau van de omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - geen ondersteunend netwerk, - slechte huisvesting, - lage sociaal-economische status, - recente migratie of vlucht uit het moederland.

Tabel 2: Overzicht van de risicofactoren voor onveilige hechting en hechtingsstoornissen.

leven heeft doorlopen, dat natuurlijk is geboren en borstvoeding heeft gekregen. Dit kind krijgt meer kans om met zijn moeder en later met andere primaire zorgverleners een band te ontwikkelen. Ouders die beschikbaar zijn voor de baby en het jonge kind op het moment dat hij dat nodig heeft, bieden meer veiligheid. Ouders die de emotionele behoeften van het jonge kind aanvoelen (sensitief) en er op een adequate manier op reageren (responsief) zullen een meer faciliterend opvoedingsklimaat voor hun kind scheppen¹¹.

De rol van de huisarts

Aangezien hechting een factor is in de psychische gezondheid van mensen, lijkt het voorkomen van hechtingsproblemen en -stoornissen een belangrijke opdracht voor de gezondheidszorg.

Preventie

In de preventie van hechtingsproblemen lijkt de nadruk te liggen op bewust ouderschap. Dit houdt in dat ouders de verantwoordelijkheid hebben om het kind een faciliterende omgeving aan te bieden, waarin het zich kan ontplooiën dankzij een ervaren emotionele veiligheid. Stroecken¹¹ pleit voor een bewust ouderschap waarin de affectieve rechten van het ongeboren en het jonge kind beter gegarandeerd zijn. Hierna volgt een opsomming van situaties waarin de huisarts een belangrijke bijdrage kan leveren aan de preventie van hechtingsproblemen:

- bij afwegingen van (aanstaande) ouders kan de huisarts aandacht vragen voor de emotionele noden van het on-

geboren kind. Bij het afwegen van een abortus kan hij de ouders wijzen op het gewicht dat 'ongewenst zijn' heeft op de ontwikkeling van het kind. Onderzoek toont immers aan dat ongewenste kinderen meer intellectuele, psychomotorische en sociale stoornissen vertonen³⁶.

- de huisarts kan zwangere vrouwen wijzen op het belang van een stressvrije zwangerschap. Vooral stress tussen week 12 en 28 van de zwangerschap kan leiden tot hyperactiviteit³⁷.
- hij kan bij zwangere vrouwen, die 'onzeker' zijn³⁸ omdat ze in afwachting zijn van een medische uitspraak over de gezondheid van het kind, het belang van prenatale hechting benadrukken en hen de mogelijkheden van prenatale begeleiding voorstellen.
- hij kan ouders aandacht vragen voor het belang van een natuurlijke geboorte; geboortetrauma's gaan immers altijd samen met hechtingsproblemen³⁹.
- hij kan pleiten voor borstvoeding, niet alleen omdat het gezonder is, maar omdat het intieme lichamelijke contact de affectieve band meer versterkt.
- tijdens het eerste levensjaar van het kind, kan de huisarts de ouders informeren over veilige hechting. Een open dialoog hoeft daarbij niet te leiden tot schuldinductie. Een empathische, open communicatie kan ook moeilijke en pijnlijke onderwerpen bespreekbaar maken⁴⁰.

Risicofactoren voor hechtingsstoornissen vroegtijdig opsporen lijkt een open deur te zijn. Toch leert de ervaring dat hechtingsproblemen en -stoornissen nog steeds te weinig worden erkend, zeker in het geval van baby's en zeer jonge kinderen. Het is meestal pas als bij de peuter een ont-

wikkelingsachterstand wordt opgemerkt of als het kind op school leerproblemen en/of sociale problemen heeft, dat aan de alarmbel wordt getrokken. Hechtingsproblemen kunnen worden veroorzaakt door niet goed verwerkte verlies- en scheidingservaringen. Nog veel 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 doorgaans op de hoogte is van belangrijke interactiepatronen in het familiale leven.

Begeleiding

Vele ouders raadplegen ook bij opvoedingsmoeilijkheden hun huisarts, maar vinden er helaas nog dikwijls te weinig gehoor. Nochtans kunnen achter opvoedingsmoeilijkheden hechtingsproblemen schuilgaan. Dankzij zijn inzichten en betrokkenheid kan de huisarts ondersteuning geven, op voorwaarde dat hij de ouders een dieper perspectief aanbiedt en 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 van wie op basis van hun eigen geschiedenis wordt vermoed dat de hechting met hun kinderen weleens problematisch zou kunnen verlopen, vormen een risicogroep die extra aandacht vraagt. Hechtingspatronen hebben immers een sterke 'intergenerationele' tendens en worden van ouders op kinderen doorgegeven¹⁸.

PATRONEN DOORBREKEN

Achter relatieproblemen, seksuele moeilijkheden, verstoorde rouwprocessen, depressieve klachten, angstgebonden klachten en vage psychosomatische klachten liggen soms oude en actuele hechtingsmoeilijkheden of -stoornissen. Psychotherapie voor baby's, kinderen en volwassenen kan aangewezen zijn. Ouders moeten zich bewust worden van hun eigen hechtingservaringen en die ook verwerken. Vermits hun mentale representatie van gehechtheid hun gedrag bepaalt als hechtingsfiguur ten opzichte van hun kinderen, zijn bewustwording en verwerking de beste garantie om een patroon te doorbreken. 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 tegenover mijn baby'), baby's (vermijden van oogcontact of veel huilen), kinderen (aanklampgedrag, hyperactiviteit en wegloupedrag) en volwassenen (contactvermijding, geen gevoel kunnen uiten, niet kunnen praten en seksuele moeilijkheden) te erkennen en bespreekbaar te maken, kan hij een verwijzingsproces op gang brengen.

MISKENNING ONTHULLEN

De laatste decennia ervaren psychotherapeuten een toenemende druk om kortdurend en klachtgericht te behandelen³⁰. De focus ligt steeds meer op klachten en symptomen, die men daarna met oplossingsgerichte strategieën tracht te verhelpen. Maar de actuele klachten van de cliënt onthullen op welke manier hij als kind geprobeerd heeft om op de best mogelijke manier te overleven en zo weinig mogelijk gekwetst te worden. Ikzelf werk op een psychodynamische basis, vanuit de idee dat klachten hun betekenis hebben. Die betekenis moet worden gezocht in de vroege hechtingsgeschiedenis van de cliënt, inclusief zijn prenatale en geboorte-ervaringen. Centraal in de behandeling staat de onthulling van de miskennis van de affectieve behoeften en gevoelens van de cliënt in zijn kindertijd. Hechttingsproblemen en hun mentale representaties vormen een belangrijk thema in de behandeling⁴¹.

PSYCHOTHERAPIE OP MAAT

In het verlengde van de hechtingstheorie worden aangepaste psychotherapeutische behandelingen per leeftijd ontwikkeld. Voor al deze behandelingen kan de huisarts doorverwijzen. Tijdens de zwangerschap kan de moeder de hechting met haar kind versterken via haptonomische begeleiding of door hechtingsanalyse. Voor premature baby's kan kangarooën en NIDCAP (neonatale zorg) aangewezen zijn. Babytherapie kan helpen voor baby's met prenatale en/of geboortetrauma's. Deze specifieke therapie is volop in ontwikkeling^{15,42} en bestaat uit het wegnemen van de hechtingsproblematiek door herbeleving van het geboortetrauma. Bij kinderen met leerproblemen moet de be-

Risicofactoren voor hechtingsstoornissen vroegtijdig opsporen lijkt een open deur te zijn. Toch leert de ervaring dat hechtingsproblemen en -stoornissen nog steeds te weinig worden erkend, zeker in het geval van baby's en zeer jonge kinderen

De huisarts kan ouders motiveren om hulp te zoeken bij vakbekwame en geschoolde psychotherapeuten. Door hechtingsproblemen of -stoornissen bij zwangere vrouwen, baby's, kinderen en volwassenen te erkennen en bespreekbaar te maken, kan hij een verwijzingsproces op gang brengen

handeling gericht zijn op de onderliggende emotionele problematiek. In de residentiële jeugdzorg worden almaar meer programma's ontwikkeld om relatiegestoorde jongeren op te vangen. Adoptiekinderen of kinderen met het bodemloze syndroom kunnen baat hebben bij een op de hechtings-theorie gestoelde psychotherapie. En ten slotte kunnen volwassenen met hechtingsstoornissen worden geholpen met psychotherapie, mits die gericht is op het herbeleven van de hechtingservaringen uit de kindertijd.

B e s l u i t

De hechtingstheorie is een dominante stroming in de psychologie en psychotherapie. Het belang van veilige hechting als beschermingsfactor voor mogelijke psychische problematiek, kan niet genoeg worden benadrukt. Kinderen met een veilige hechting kunnen zich ontwikkelen tot gezonde en gelukkige volwassenen. Hechting begint in de baarmoeder: het ongeboren kind en de baby 'ontwikkelen' hechting, hetgeen voor hun psychische en lichamelijke overleving van levensbelang is. De hechtingstheorie zet opnieuw de schijnwerpers op het gewicht van de kindertijd op de latere ontwikkeling. Hechting of onthechting in de kindertijd vormen zonder verwerking een levenslang patroon dat alle sociale en intieme relaties bepaalt. De opgebouwde hechtingspatronen – of beter gezegd de mentale representatie ervan – zorgen voor overdrachtsfenomenen in de partnerrelatie en een intergenerationele overdracht van hechtingspatronen en -stoornissen in de ouder-kindrelatie. Willen we als zorgverlener het welbevinden van kinderen en volwassenen bevorderen, dan moeten wij deze patronen mee helpen doorbreken. Onthullende psychotherapie die gericht is op het doorleven van de oude pijn, kan helpen om hechtingsstoornissen te verwerken. Uiteraard blijft voorkomen beter dan genezen. Een 'onthullende' huisarts kan ouders oproepen tot bewust ouderschap, waarin het dragen van verantwoordelijkheid voor een veilige hechting centraal staat.

AUTEUR

R. Verdult is ontwikkelingspsycholoog en psychodynamisch psychotherapeut en heeft een eigen praktijk te Gors-Opleeuw (Borgloon).

L i t e r a t u u r

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

- 2 Bowlby J. Attachment and loss. Vol 2: Separation, anxiety and anger. New York: Basic Books, 1973.
- 3 Bowlby J. Attachment and loss. Vol 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books, 1980.
- 4 Brisch K. Bindungsstörungen; von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999.
- 5 Cassidy J, Shaver Ph. The handbook of attachment: theory, research and clinical applications. London: Guilford Press, 1999.
- 6 Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002.
- 7 Schore A. Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of development. New York: Erlbaum, 1994.
- 8 Schore A. De geest in ontwikkeling: hechting, het zichzelf organiserend brein en de op ontwikkeling gerichte psychoanalytische psychotherapie. *Toegang tot de psychotherapie* 2003;1:7-44.
- 9 Miesen B. Gehechtheid en dementie. Almere: Uitgeverij Versluys, 1990.
- 10 Verdult R. De pijn van dement-zijn. Over een belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag. Baarn: HB uitgevers, 2003.
- 11 Stroecken G. De stem van het jonge kind. Houten: Unieboek, 2003.
- 12 Cassidy J. The nature of the child's ties. In: Cassidy J, Shaver Ph. The handbook of attachment: theory, research and clinical applications. London: Guilford Press, 1999.
- 13 Klaus M, Klaus Ph, Kennell J. Bonding. Building the foundations of secure attachment and independence. Reading, Mass: Addison-Wesley, 1995.
- 14 Klaus M, Klaus Ph. Your amazing newborn. Massachusetts: Perseus Books, 1998.
- 15 Verdult R, Stroecken G. Babytherapie: 'spreken' met de baby. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen* 2004;3:132-5.
- 16 Singer E. Kinderopvang en de moeder-kindrelatie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.
- 17 Van IJzendoorn MH. Opvoeden in geborgenheid. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- 18 Van IJzendoorn M.H. Gehechtheid van ouders en kinderen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.
- 19 Dornes M. Der kompetente Säugling. Die präverbale entwicklung des Menschen. Frankfurt-am-Main: Fischer Verlag, 1993.
- 20 Stern DN. The motherhood constellation. London: Karnac books, 1995.
- 21 Nossent S. Babyvisie. Amsterdam: Bert Bakker, 1998.
- 22 Fedor-Freybergh P, Vogel V. Prenatal and perinatal psychology and medicine; encounter with the unborn. New York: Parthenon Publishing, 1988.
- 23 Verny Th. Tomorrow's baby. New York: Simon and Schuster, 2002.
- 24 Polan HJ, Hofer MA. Psychobiological origins of infant attachment and separation responses. In: Cassidy J, Shaver Ph. The handbook of attachment: theory, research and clinical applications. London: Guilford Press, 1999.
- 25 Emerson WR. The vulnerable prenat. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 1994;3:157-69.
- 26 Verdult R. De geboorte is niet het begin. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen* 1998;4:76-80.
- 27 Verdult R. De competente foetus: op weg naar hechting. *Tijdschrift voor Vroedvrouwen* 2004;1:15-20.
- 28 Nathanielsz P. Life in the womb: the origin of health and disease. New York: Promethean Press, 1999.

- 29 Lipton B. Nature, nurture and human development. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 2001;16(3):167-80.
- 30 De Waal J. In den beginne was er hechting. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2002;6:483-500.
- 31 Stroecken G. Het miskende kind in onszelf. Leuven: ACCO, 1994.
- 32 Crittenden PM. Attachment and psychopathology. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J. Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives. New York: The Analytic Press, 1995.
- 33 Van Gael M. De missing link tussen trauma en borderlineproblematiek: een benadering vanuit de hechtingstheorie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2002;5:365-84.
- 34 Erneste D, Visser S. Hoe te hechten als iemand snijdt? Over zelfdestruc-tief gedrag in de therapeutische relatie. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie* 2001;4:253-64.
- 35 Rigger J. Ontwikkelingspathologie bij kinderen en jeugdigen. Bussem: Uitgeverij Couthinho, 2002.
- 36 Häsing H, Janus L. Ungewollte Kinder: Annäherungen, Beispiele und Hilfe. Hamburg: Rowolt, 1994.
- 37 Van den Berg B, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8- and 9-years-old. *Child Dev* 2004;75(4):1085.
- 38 Dehaene T. Onzeker zwanger. Leuven: Davidsfonds, 2000.
- 39 Emerson WR. Birth trauma: the psychological effects of obstetrical inter-ventions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 1998;1: 11-44.
- 40 Leijssen M. De kracht van het helende gesprek. *Huisarts Nu* 2004;33(5): 259-62.
- 41 Van IJzendoorn MH. Gehechtheid en therapie: mentale representaties van gehechtheid in psychotherapie en interventies. *Tijdschrift voor Cliënt-gerichte Psychotherapie* 2001;3:182-96.
- 42 Harms T. Auf die Welt gekommen; die neue Baby-Therapien. Berlin: Leutner Verlag, 2000.

R i c h t l i j n e n v o o r l e z e r s b r i e v e n

Lezersbrieven zijn welkom op de redactie van Huisarts Nu maar zijn liefst kort: niet langer dan 500 woorden. Ze bevatten niet meer dan één tabel of illustratie, niet meer dan vijf referenties en worden ondertekend door maximaal drie auteurs, eventueel in naam van een groep. Zend uw reacties op gepubliceerde artikels zo snel mogelijk na het verschijnen van het artikel. De auteurs van het originele artikel krijgen de kans om te reageren. Ook lezersbrieven die niet in verband staan met eerder verschenen artikels in Huisarts Nu, worden in dank aanvaard. De redactie laat weten of lezersbrieven in aanmerking komen voor publicatie, maar kan ze aanpassen en inkorten.

Stuur uw brief per post, fax of e-mail. Ons adres: Redactie Huisarts Nu, Martine Goossens, Sint-Hubertusstraat 58, 2600 Berchem, fax 03 218 51 84, e-mail: huisartsnu@wvvh.be