



Biologische & psychologische aspecten van hechtingsstoornissen.

Studiedag “Bodems” 19 mei 2000

Lezing Prof.Dr. Peter Adriaenssens

Op de studiedag van Wat Nu, naar aanleiding van het 10-jarig bestaan, bracht professor Adriaenssens zijn visie over hechting en zei hij ook iets over de laatste ontwikkelingen op dit gebied. Het heeft heel wat moeite en tijd gekost, maar we zijn er toch in geslaagd om de tekst van zijn lezing op papier te zetten. Professor Adriaenssens heeft de tekst gelezen en verbeterd. Hierna volgt dan ook de volledige tekst.

Toen professor Adriaenssens in 1992 besloot deel te nemen aan een onderzoek in verband met Bodemloosheid, hield dit een dubbel risico in:

- dat hij gecatalogeerd zou worden als sympathisant bij de groep mensen rond het 'bodemloos' geroep
- dat hij zich daardoor op de top van de vluchtheuvel voor kindermishandeling zou plaatsen.

Professor Adriaenssens besloot het te wagen en viel achterover van de verhalen van de ouders. Hij werd geconfronteerd met kinderen waarvoor geen antwoorden waren.

Meer en meer blijkt er een link te zijn tussen verwaarlozing en hechting; niet andersom; geen hechting duidt niet in se aan dat het kind verwaarloosd zou zijn.. Maar er zijn ook een aantal missinglinks': kinderen met een gelijkaardige voorgeschiedenis, ontwikkelen niet altijd een hechtingsprobleem. De idee groeit dat er ook biologische oorzaken zijn voor hechtingsproblemen, dat het lichaam een aantal instrumenten mist. Veel hulpverleners werken in op het gedrag in de veronderstelling dat het kind de mogelijkheid heeft zijn eigen gedrag te veranderen; dikwijls blijken dit onterechte verwachtingen en moeten we aanvaarden dat er beperkingen zijn.

De eerste vraag die men zich kan stellen is of er mensen geboren worden zonder de capaciteit tot hechting?

In een onderzoek in Utrecht van Prof. Buitelaer wordt de invloed van hormonale factoren in het tweede semester van de zwangerschap op gedragsstoornissen bestudeerd.

Stress beïnvloedt het hormoon testosteron, het doet dit stijgen. Jongeren

met gedragsstoornissen zouden meer voorkomen bij moeders die met verhoogde stress te kampen hadden tijdens de zwangerschap. Niet alleen stress, ook psychofarmaca zouden een invloed kunnen hebben. In de VS zijn er strekkingen om zwangere vrouwen die zich in een bijzondere stress-situatie bevinden, hoge doses medicatie te geven tegen de verhoging van het testosteron om beschadiging van de fetus te voorkomen. Anderen pleiten er dan weer voor om deze medicatie zeker niet te geven, omdat ze een verstorende invloed zou hebben op de foetus. Er is dus een duidelijke aandacht voor de periode van de zwangerschap.

Mogelijke verklaringsmodellen van hechtingsstoornissen

Prenatale factoren?

Meer dan eens blijkt het praten met deze kinderen, in een poging cognitief het gedrag te beïnvloeden, erg moeilijk; men merkt geen gevoel, ze kunnen zich niet inleven. De vraag rijst of er sprake is van specifieke taalstoornissen: bvb. Niet kunnen verbaliseren van wat het kind ervaart. Er gebeurt momenteel onderzoek naar het verband tussen het gehalte testosteron tijdens de zwangerschap en de taalontwikkeling.

Zijn er ook aanlegfactoren? Hoe verklaart men immers dat ouders die na onderzoek veilig gehecht mensen blijken, ook kinderen kunnen hebben die onveilig gehecht zijn?

7% kinderen worden geboren met perceptiemoeilijkheden: ze kunnen daardoor moeilijker opgevoed worden. Zijn er vergissingen in interpretaties van het hechtingsaanbod? Deze factoren alleen geven geen voldoende verklaring. Het belang van de interferentie van prenatale factoren wordt steeds meer benadrukt.

Nogal wat moeders weten doorgaans niet waarnaar de ondervragers op zoek zijn bij het afnemen van de anamnese. Het kan zijn dat tijdens de bevraging, belangrijke stressfactoren die zich tijdens de zwangerschap hebben voorgedaan, niet meer vermeld worden. bvb. tijdens de zwangerschap overlijdt de moeder van de zwangere vrouw. Deze wordt aldus geconfronteerd met een zeer trieste gebeurtenis en tegelijkertijd ook met een blijde: nl. de nakende geboorte van haar kind; het verdriet wordt onvoldoende verwerkt.. Door de positieve ervaring wordt de negatieve gebeurtenis niet meer herinnerd tijdens de bevragingjaren later. Zo ook bvb bij een korte psychotische opstoot van de vader tijdens de zwangerschap. Hoewel deze met succes behandeld werd, kan dit een grote psychische belasting betekend hebben voor de moeder. Gezien de positieve behandeling, wordt dit feit later niet meer herinnerd. Men ziet het verband niet met de ontwikkeling van de foetus. Vroeger werd dit prenatale denken bevoogdend bekeken. Dit domein staat echter niet stil. Hier moeten we waakzaam zijn.

Over het postnatale weten we wat meer.

De tijd is voorbij dat er enkel sprake is van psychologische invloeden: verwaarlozing, seksueel misbruik en geweldervaringen zetten niet enkel psychologische mechanismen in gang, maar laten ook biologische sporen

na in de hersenen. Er zijn neurale netwerken in de hersenen, die in hun ontwikkeling getroffen kunnen worden. 4 jaar geleden ontdekte men dat er een piste is naar een soort crisiscentrum in de hersenen dat dienst doet als filter: de amygdala. Dit centrum detecteert de gevaarsignalen. Als dit centrum een gevaarsignaal detecteert, dan treedt er onmiddellijk een reactie op in de vorm van vlucht en vechtmechanismen. Dit gebeurt volledig instinctief. Deze onbewuste reacties zijn meestal goed, maar kunnen ook verkeerd uitdraaien bvb: de moeder die met haar kind de straat oversteeft, hoort plots het geluid van een aankomende motor. Zonder deze te zien, grijpt ze instinctief haar kind stevig vast en zet een stap achteruit. Dit kan een ongeval vermijden, maar de stap terug kan evengoed betekenen dat ze zich juist daardoor in het spoor van de motorrijder zet. Het alarmsysteem geeft onmiddellijk reacties. Deze filter werkt op basis van vergelijkingen. Bij lange verwaarlozing en chronische geweldervaringen is de amygdala in permanente werking en veroorzaakt schade en maakt dan ook vaak interpretatiefouten: correct aanbod wordt ervaren als een bedreiging, waardoor er ongepaste vecht en vluchtmechanismen voorkomen; het kind zegt hierbij dat het niet weet wat en waarom het dit doet. Het lichaam gaat als het ware met hem op de loop. Ouders en kinderen worden hierin dikwijls niet gehoord. De waaromvraag is hier niet van tel; er is immers geen bewuste controle, maar een instinctieve reactie. Veel therapieën proberen wel op de filter in te werken; men probeert de keten van reacties bespreekbaar te maken: 'wat gebeurde er vlak voor je zo reageerde, hoe zou je het de volgende keer anders kunnen aanpakken?' Ook probeert men het crisiscentrum tot rust te laten komen door de bedreigingen weg te nemen. Dit niet bedreigende is bijna niet te realiseren in een gezin, waar er continu vele impulsen circuleren, maar eerder in een sterk gestructureerde leefgroep. Wat het kind eerst nodig heeft is veiligheid, basisrust zodat het ganse systeem tot rust komt.

In de VS zijn er verschillende onderzoeksprojecten bezig naar biologische oorzaken.

Men zoekt met speciale apparatuur, o.a. NMR. Men bekijkt de afmetingen van de amygdala en zoekt naar aanwijzingen voor hersenschade. Er is echter een zodanige variatie dat er nog te weinig vergelijkingsmogelijkheden zijn. In ieder geval is het een pleidooi om het schuldcomplex te verlaten en om biologische verklaringen te zoeken en over te stappen van een of-of-problematiek naar een en-en-problematiek. Bij sommige kinderen met gedragsproblemen werden letsels in het cerebellum (de kleine hersenen) gevonden, bvb ten gevolge van malaria. Hierdoor zou het traject in de hersenen onderweg onderbroken worden. Bij vroeger onderzoek werd dit niet ontdekt, omdat de frontale hersenen onderzocht werden, en deze intact bleken te zijn. Hierdoor werd verondersteld dat er geen problemen waren. Door de NMR is er onderzoek mogelijk in de kleine hersenen en kunnen deze trajectproblemen onderzocht worden.

De chaotische hechtingsstijl

Bepaalde types van hechtingspatronen zijn weinig gekend en weinig

onderzocht: de chaotische hechtingsstijl is er hier „n van. Deze kinderen vertonen een verstoord gebruik van opvoeders, hebben irrationele ideeën en hebben sectoren waar het goed gaat en sectoren waar het niet goed gaat: BVB. thuis gaat het wel, maar op school niet of andersom. Vaak komt dit voor in "blokpatronen". Dikwijls zien we ook een overgang van apathie naar chaotisch verward gedrag. Deze kinderen hebben één van de hoogste stressparameters (verhoogde cortisolwaarde.)

Bij 19% van de moeders komt ook een pathologische hechting voor bvb. met pathologisch rouwproces tegenover hun eigen moeder met wie ze een zeer nauwe band hadden met een chaotische hechtingsstijl. Bij de dood van de eigen moeder hadden ze dromen waarin ze met hun moeder gesprekken voerden; ze gaan hier meer en meer in op en we zien dat ze meer afstand nemen van hun kind; hierdoor kan een goede hechting evolueren naar geen hechting meer.

Verder zijn er ook veel kinderen die zelf een rouwproces doormaken. Men dacht dat het rouwen om verlies pas zou kunnen vanaf de leeftijd van 3-4 jaar als het geheugen volop functioneert; daardoor kon men weinig rouw ontdekken bij zeer jonge kinderen. Nu weten we dat de gezonde ontwikkeling van de amygdala mee bepaald wordt door de intensiteit en chroniciteit van alarmsignalen van het lichaam, dus ook door de eerste ervaringen in het leven: de amygdala vormt een emotioneel geheugenregister dat impulsief reageert op ervaringen. Neurobiologisch kunnen dus tijdelijke fases van niet aanwezig zijn van de ouders, welke als overspoelend werd beleefd door het kind, worden opgeslagen in het emotionele geheugenregister. Dit emotionele geheugen blijft bestaan doorheen het verdere leven en laat langetermijn-sporen na: bvb. de ervaring je ineens intriest te voelen alsof je helemaal alleen en verlaten bent, terwijl je jezelf niet als een verlaten kind ervaart. Dit onderzoek geeft aanzetten voor een biologisch-organisch houvast.

Wat is voldoende hechting?

De variatie hierop is erg groot. Hechting ontstaat in de eerste plaats in relaties waarin men niet de bevoegdheid kan leggen bij één van de twee partijen. Vaak benoemt men kinderen eerst als hechtingsgestoord om ze dan later onder de groep kinderen met een autismespectrumstoornis te plaatsen. Bij deze groep kinderen wordt verwezen naar de neurobiologische problematiek waarmee het kind geboren is. Het is belangrijk om een verschil te maken tussen die kinderen bij wie er sprake is van een hechtingsstoornis en kinderen bij wie een andere stoornis wordt vastgesteld.

Opmerkingen

- selectieve defecten in de hormonen huishouding: biologische correlaten worden gevonden**
- scoresysteem van de DSM-IV is kindonvriendelijk en maakt geen onderscheid mogelijk. Het spectrum is echter ontzettend groot**
- klinisch is het moeilijk zicht te krijgen op het gegeven; op consultatie zien we vaak ouders op zoek naar gepaste hulp. Ouders zijn**

relationeel uitgeput, men ziet nog weinig investering eerder een negatieve spiraal omdat je geen zicht meer hebt over wat er tot dan al geïnvesteerd is geweest door deze ouders.

- naar aanpak laat het biologisch aspect niet veel toe; er is weinig te verwachten op korte termijn; het wondermiddel in de medicatie is nog niet voor korte termijn

- er is het debat van de meervoudige verantwoordelijkheid: ouders en jongeren blijven voeling hebben met een stuk waarop de hulpverlening nog geen antwoord heeft. Dit is een oproep naar de overheid toe om voor een adoptie ook het kind te screenen en niet alleen de ouders.

[NAAR HOME PAGE WAT NU](#)

[TERUG](#)



© Hans Vereycken