

DE VROEGE HECHTING VAN BABY'S

Lezing voor 'De Knoop'
Amersfoort, 28 oktober 2009

Rien Verdult^o
Psycholoog-psychotherapeut
babypsychotherapeut

Inhoudsopgave

- 1). Inleiding
- 2). Hechting: van soort naar individu
 - soortgebonden fenomeen
 - individuele ontwikkeling
- 3). De prenatale relatie
- 4). Prenatale programmering
 - kritische perioden
 - blijvende effecten
- 5). Geboorte en onthechting
- 6). Hertstel van hechting: empathische betrokkenheid
 - de baby vertelt zijn verhaal
 - behoefte-huilen versus trauma-huilen
 - 'Spreken' met de baby
- 7). Babypsychotherapie
- 8). Bewust ouderschap
- 9). Afronding

1). Inleiding.

De hechtingstheorie is één van de dominante theorieën in de psychologie en de psychotherapie van dit moment. 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 hechtings-

problematiek. Zo worden o.a. contact- en relatiestoornissen, aandacht- 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 hechtingsstoornissen, vooral vroege hechtingsstoornissen (Brisch, 1999). Onder een groeiende groep 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.

De cruciale betekenis van hechting wordt door wetenschappelijk onderzoek steeds meer bevestigd (zie o.a. Schore, 1994; Cassidy en Shaver, 1999; Brisch, 1999; Schore, 2003). 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). Zo heeft Schore (1994; 2003) 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 om gevoelens te herkennen aan de hand van gezichtsexpressie, en met het vermogen tot het kunnen aangaan van intieme en sociale relaties.

Bowlby (1983) omschreef de hechtingstheorie als 'een manier om de natuurlijke neiging van de mens om hechte gevoelsbanden aan te knopen met bepaalde personen te beschrijven, én de vele vormen van emotionele ellende en verstoring van de persoonlijkheid te verklaren, - met inbegrip van angst, boosheid, depressie en de emotionele onthechting -, waar een ongewilde scheiding en een verlies aanleiding toe geven'. Hechting kan dus 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.

In de *klassieke* hechtingstheorie wordt bij hechting meestal gedacht aan kleine kinderen die hun emotionele zekerheid zoeken bij hun ouders. Het begin van hechting wordt dan veelal gesitueerd rond de eenkennigheidsfase, op ongeveer 6 à 8 maanden. Vóór die tijd, zo schrijft de Leidse hechtingsonderzoeker Van IJzendoorn, lijkt het relatief gemakkelijk het kind te laten wennen aan scheiding van *zijn opvoeder* en aan nieuwe verzorgers, daarna lokt scheiding en verlies de zeer heftige separatie-angst op, die tot uitdrukking komt in protest en woede, gevolgd door wanhoop en apathie, en tenslotte uitmondt in de labiele bereidheid opnieuw gehechtheidsrelaties aan te gaan. (Van IJzendoorn, 1994). Ik wil in deze bijdrage aantonen dat dit een achterhaald en cultureel bepaald standpunt is, en dat hechting veel vroeger begint, namelijk in het prenatale leven, en dat de

biologische moeder voor de baby dé primaire zorgverlener is, juist omwille van die prenatale hechting. Wij spreken dan ook liever over een *integrale* hechtingstheorie (Stroecken & Verdult, 2002; Stroecken, 2003; Stroecken & Verdult, 2006). Wat op acht maanden zichtbaar wordt is hechtingsgedrag, het resultaat van een hechtingsrelatie die zich veel en veel vroeger ontwikkeld heeft. Zo is er in het klassieke hechtingsonderzoek een nieuwe moraal ingeslopen. Sprak Bowlby aanvankelijk nog over de moeder als hechtingsfiguur, later werd dit de primaire zorgverlener. In de klassieke hechtingstheorie wordt niet meer verwezen naar de moeder of de ouders, maar naar de verzorgers (Singer, 1989; Van IJzendoorn, 1994). De cruciale betekenis van de biologische moeder in de vroege, prenatale en perinatale hechting wordt ontkend. Een organisatie als 'Babywerk' van Sylvia Nossent weigerde zelfs een betaalde advertentie van ons op hun website, omdat wij 'zeer omstreden ideeën' zouden verkondigen. Deel van deze nieuwe 'feministische moraal' is ook dat iedereen recht heeft op een kind, - dit is ook deel van de oude christelijke en liberale moraal -, en dat het er niet toe doet hoe dit recht wordt ingevuld. Dus alle vormen van kunstmatige reproductie zijn toegestaan om dit recht in te vullen, ongeacht de consequenties voor het kind. (Terry, 2004). Het lijkt er meer en meer op dat het kind met het badwater is weggegooid, dat zijn fundamentele behoefte aan veilige hechting ondergeschikt wordt gemaakt aan economische ontplooiing van de vrouw. Germaine Greer heeft ook kritiek geuit op de puur economische invulling van emancipatie ten koste van persoonlijke ontplooiing. We moeten naar een betere maatschappelijke oplossing, naar Scandinavisch model, waarin de zorg voor baby's tot minstens één jaar door hun biologische ouders wordt mogelijk gemaakt.

Geboren worden is niet het begin van het leven, laat staan het begin van hechting. In de ontwikkeling van de baby is er sprake van een grote mate van continuïteit tussen de prenatale en postnatale ontwikkeling (Piontelli, 1992). De geboorte is een fundamentele overgang in ons leven, waar heel wat traumatisering kan optreden, welke leidt tot verstoorde hechting. In onze praktijk voor babypschotherapie gaan we dan ook heel nadrukkelijk uit van een prenatale en perinatale traumatherapie, die de basis vormt voor onze behandeling van baby's. Wij erkennen nadrukkelijk het lijden van baby's; het is door het miskennen van dit lijden dat hechtingsstoornissen verder kunnen ontwikkelen.

2). Hechting: van soort naar individu.

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.

a). Soortgebonden fenomeen.

In de opvattingen van Bowlby is hechten een evolutionair bepaalde drijfveer. Ieder pasgeboren kind heeft een aangeboren neiging om de nabijheid van anderen te zoeken, en volwassenen, in het bijzonder de moeders, hebben een aangeboren neiging om in de buurt van het kind te blijven en het te beschermen. Deze neiging tot nabijheid zoeken zou in de loop van de evolutie zijn ontstaan om de overleving van de soort te vergroten. Zonder hechting en hechtingsgedrag hebben baby's veel minder kans om te overleven, en als de kinderen niet overleven dan overleeft uiteindelijk de menselijke soort niet. Hechting heeft dus een evolutiebiologische grondslag omdat hechting van belang is voor de overleving van de menselijke soort. Volgens het mechanisme van 'survival of the fittest' zullen die baby's overleven die het krachtigst in staat zijn, - via hechtingsgedraging zoals glimlachen, huilen, of nabijheid zoeken -, om een veilige nabijheid te bewaren van volwassen verzorgers die hen de noodzakelijke bescherming bieden. Hechtingsgedrag zou dan ook genetisch verankerd zijn. Zo kan ook het universele karakter van hechting verklaard worden. Hechting is dus een soortgebonden fenomeen dat de mens gemeenschappelijk heeft met alle zoogdieren, en waarvan de weerslag te vinden is in de evolutionair bepaalde opbouw van onze hersenen. Met name de hersenstam en het limbisch systeem spelen een cruciale rol in overleven en in de opbouw van hechting.

Een voorbeeld kan dit duidelijk maken: de werking van oxytocine. Dit is zowel een hormoon dat via de bloedbaan wordt verspreid als een neurotransmitter in het zenuwstelsel; het wordt hoofdzakelijk geproduceerd in de hypothalamus. Oxytocine werd oorspronkelijk het bevallings- en borstvoedingshormoon genoemd. In de bevallen vrouw stimuleert oxytocine namelijk de productie van prolactine, waardoor de melkproductie wordt gestimuleerd: voeding als voorwaarde voor overleving. Vrouwen die bevallen via keizersnede hebben minder oxytocine. Oxytocine reduceert waarschijnlijk ook de stress in de pasgeboren baby. Maar oxytocine speelt ook een belangrijke rol in de choreografie tussen moeder en kind direct na de geboorte. Daarom wordt oxytocine soms ook het knuffelhormoon genoemd, omdat het een cruciale bijdrage levert aan intimiteit, aan huidcontact, aan hechting (Uvnäs Moberg, 2007). Oxytocine is echter maar één van de elementen in de evolutionair bepaalde psychobiologische oorsprong van hechting (o.a. Polan & Hofer, 1999; Cozolino, 2006).

Hechting is van belang voor een gezonde ontwikkeling van de hersenen. In kwetsbare periodes van ontwikkeling, zoals in de prenatale tijd en de kindertijd tot 3 jaar, werkt stress negatief op de groei van de neurale netwerken (synaptogenese), alsook op de verhoudingen van de neurotransmitters, welke nodig zijn voor de prikkeloverdracht in de hersenen (biochemie). Vroege ervaringen veranderen de neurale verbindingen en de biochemie van de hersenen, en dit met een blijvend effect. De plasticiteit van de hersenen blijkt groot te zijn, maar in een kwetsbare periode van ontwikkeling, zoals de 'primal' periode, kunnen negatieve ervaringen tot blijvende gevolgen leiden. De kwaliteit van de relatie met

de moeder beïnvloedt in grote mate de biochemie en de structuur van de hersenen, en daarmee het emotioneel, sociaal en intellectueel functioneren, in de rest van het leven (Verdult, 2009d; 2009e).

Veilige hechting leidt ook tot betere 'emotionele' hersenen (amygdala en hypothalamus worden betere geprogrammeerd) en tot betere 'sociale' hersenen (prefrontale cortex wordt beter geprogrammeerd).

De nefaste uitwerking van té veel cortisol (stresshormoon) in de zwangerschap en de vroege kindertijd op de ontwikkeling van de hersenen is wetenschappelijk genoegzaam bekend (Huizing, 2000; Robles de Medina, 2004). Vroege scheidingservaringen leiden tot een verhoging van het cortisolniveau, en daarmee tot een 'vergiftiging' van het zenuwstelsel.

De conclusie moet dan ook zijn: steeds meer onderzoek toont aan dat hechting psychobiologisch verankerd is, dus sterk verbonden met de menselijke natuur en dus niet cultureel bepaald, zoals soms door feministen wordt beweerd. Vrouwen worden niet tot moeder gemaakt, om Simone De Beauvoir te parafaseren; ze hebben volgens mij de psychobiologisch bepaalde mogelijkheid om niet alleen moeder te worden, maar ook moeder te zijn. Moeder-worden en moeder-zijn is een keuze. Van IJzendoorn (1982) introduceerde de 'verbredingshypothese', waarin wordt gesteld dat niet de moeder de primaire zorgverlener 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. Volgens Van IJzendoorn bestaat er ook geen hiërarchie van hechtingsfiguren, zoals Bowlby stelde. Volgens mij moet de verbredingshypothese aangepast worden in het licht van de bevindingen over prenatale hechting. De verwarring, over wie en wat het kind nodig heeft, ontstaat als gevolg van het feit dat 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; voor het kind op latere leeftijd kan de verbredingshypothese geldigheid bezitten.

5

b). Individuele ontwikkeling

In de klassieke hechtingstheorie worden vier basispatronen onderscheiden: veilige hechting, onveilig ambivalente, onveilig vermijdende en gedesorganiseerde hechtingspatronen. (voor samenvatting: zie Verdult, 2005; te downloaden via www.stroeckenverdult.be). Deze patronen worden duidelijk aangetoond met de gekende onderzoeksmethode van Ainsworth, de zogenaamde 'strange situation'. Volgens de hechtingstheorie worden deze patronen pas goed zichtbaar na de eenkennigheidsfase, waarin kinderen van 6 à 8 maanden uiting geven aan hun angst voor vreemden. 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 meer uitgebouwd en duidelijker zichtbaar hechtingsgedrag, maar dat de gehechtheid als relatie eerder begint.

Recent baby-onderzoek geeft een duidelijk paradigmaverschuiving te zien. Er is onder wetenschappers en therapeuten een nieuw beeld ontstaan over baby's. Baby's worden als veel 'competenter' beschouwd dan ooit voor mogelijk werd gehouden (zie o.a. Dornes, 1993; Stern, 1995; Nossent, 1998). Het beeld van de 'competente' baby moet volgens mij nog worden aangevuld met een nieuw beeld over het prenatale kind (Verdult, 1998; 2001; 2004). 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, en dat reeds in de baarmoeder (Verdult, 2009e). Hechtingspatronen worden hier in aanleg geprogrammeerd op grond van concrete ervaringen met het lichaam en de psyche van de moeder. Volgens Emerson (1994; Verdult, 1998, 2004) kunnen er, prenataal en perinataal, zes kwetsbare psychobiologische momenten of fasen onderscheiden worden die cruciaal zijn in de ontwikkeling van hechting: de conceptie, de implantatie, de ontdekkingsfase, het umbilical affect, de geboorte zelf en de eerste minuten/uren na de geboorte. Op al deze momenten worden cruciale patronen gevormd die de basis leggen voor rudimentaire hechting. Zo worden sympathische en parasympatische reactiepatronen respectievelijk geassocieerd met onveilig ambivalente en onveilig vermijdende hechtingspatronen (Porges, 1998; Ogden e.a., 2006). Deze sympathische (fight/flight) en parasympatische reactiepatronen (freeze) worden prenataal geprogrammeerd en opgeslagen in de hersenstam. Welke factoren er allemaal een rol spelen in deze prenatale programmering is nog onderwerp van debat (zie o.a. Nathaliensz, 1999; Lipton, 2001; Verny, 2002; Van den Bergh, 2007). Duidelijk is echter wel dat basispatronen van hechting eerder worden gevormd, namelijk in de baarmoeder, en dat zeer vroege ervaringen, reeds vóór de 6 à 8 maanden, de potentie tot faciliteren of tot traumatiseren in zich hebben.

6

3). De prenatale relatie

Leven is in relatie zijn. De mens kan niet 'niet-in-relatie' zijn. Daarom dat kan worden aangenomen dat wij vanaf het prille bestaan in relatie staan tot anderen. Zoals elke cel in relatie staat tot zijn omgeving, zo staat ook elke blastocyste, embryo, foetus en baby in relatie tot zijn omgeving. Aangezien wij in onze prenatale ontwikkeling hoofdzakelijk in relatie staan tot het lichaam en de

geest van de vrouw waarin we opgroeien, en via haar tot de wijdere omgeving waarin zij leeft, draagt de vrouw een grote verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het welbevinden van de baby. We weten allemaal dat roken en alcohol drinken tijdens de zwangerschap de gezondheid van de foetus bedreigen; dat roken angst genereert in de foetus, dat gezonde voeding belangrijk is in de zwangerschap; dat omega-3 vetten de groei van de hersenen beschermen en bevorderen, enzovoort. Waarom mag er dan niet geweten zijn dat hechting prenataal begint, en wel bij de conceptie? De prenatale fase is een voorbereiding op het postnatale leven. Wil een baby kunnen overleven na zijn geboorte dan zullen bijvoorbeeld de longen ontwikkeld moeten zijn, de zuigreflexen geoefend, zijn bloedcirculatie voorbereid om autonoom te kunnen functioneren (Lipson, 1994). Maar ook zal hij in staat moeten zijn om met zijn omgeving te kunnen communiceren. Zo zal hij zijn moeder signalen moeten kunnen geven over wat hij nodig heeft. Hij zal haar aandacht moeten kunnen trekken, haar liefde en geborgenheid moeten kunnen oproepen of haar zorgzaamheid moeten kunnen aansporen. De baby is evolutionair uitgerust met een prenatale ontwikkeling die hem in staat moet stellen om zijn moeder te herkennen na de geboorte, omdat dit contact zijn overleven veilig stelt (Hepper, 2001).

De prenatale relatie heeft ook alle kenmerken van een hechtingsrelatie (Krens, 2001). Bowlby formuleerde de volgende kenmerken van een hechtingsrelatie: hij heeft de kwaliteit van veiligheid door het vervullen van basisbehoeften, is gebaseerd op emotionele betrokkenheid en continuïteit, bevordert emotionele groei door beschikbaarheid, sensitiviteit en responsiviteit, en vormt basispatronen (interne werkmodellen) voor toekomstige relaties. Deze kenmerken zijn zonder meer toepasbaar op de prenatale relatie tussen embryo/foetus én zijn moeder. Zo kan de sensitiviteit, die in het werk van Bowlby en Ainsworth zo veel gewicht krijgt, vertaald worden in prenatale 'organismische resonantie'. Het lichaam en de geest van de vrouw resoneren met de voortdurend veranderende behoeften van de foetus die in haar groeit, zodat de foetus genoeg en de juiste voeding krijgt, zodat haar baarmoeder zich aanpast aan de ruimte die de foetus nodig heeft om te bewegen, zodat zintuiglijke prikkels de hersenen van de foetus niet overstimuleren, zodat haar stresshormonen de foetus niet negatief beïnvloeden, zodat haar angsten de foetus niet belasten.

Er zijn verschillende manieren waarop deze prenatale relatie tot stand komt. Er is veel uitwisseling van informatie via de navelstreng, waardoor biochemische boodschappen van de moeder aan de foetus kunnen worden doorgegeven. Prenataal stressonderzoek heeft aangetoond dat stresshormonen de placenta-barrière passeren en zo het stress-systeem van de baby programmeren (Huizing, 2000; Robles De Medina, 2004). Een gestreste en angstige moeder baart kinderen met een laag geboortegewicht en met meer complicaties tijdens de geboorte; ze heeft kinderen met een meer angstig temperament, met meer kans op ADHD of stoornissen in zelfregulatie. Deze effecten gaan zeker mee tot in de puberteit (Van den Bergh & Marcoen, 2004; Van den Bergh, 2007).

4). Prenatale programmering

Peter Nathanielsz, gynaecoloog en wetenschapper aan de universiteit van Cornell in Amerika, doet onderzoek naar prenatale programmering van gezondheid en ziektes (Nathanielsz, 1994, 1999). Met epidemiologische onderzoek, met experimenteel dieronderzoek en met klinische bevindingen probeert hij aan te tonen dat prenatale ervaringen van grote betekenis zijn voor de latere gezondheid. Zijn adagio is een aanpassing van het oude gezegde: je bent wat je eet. Voor Nathanielsz wordt dit: 'je bent wat je moeder heeft gegeten, en wel toen jij in haar lijf woonde'. Hij draagt veel overtuigend bewijs aan dat gezondheid en ziekte van de foetus, van de baby en van de latere volwassene in sterke mate bepaald worden door de kwaliteit en de kwantiteit van het voedsel dat de vrouw eet tijdens haar zwangerschap.

Op grond van deze bevindingen komt Nathanielsz (1999) tot tien principes in de prenatale programmering van de gezondheid van de mens:

- 1° Tijdens de ontwikkeling zijn er kritische periodes van verhoogde kwetsbaarheid voor niet-optimale condities.
- 2° Prenatale programmering heeft permanente effecten die reacties veranderen in het latere leven en die de vatbaarheid voor ziektes kunnen beïnvloeden.
- 3° Foetale ontwikkeling is afhankelijk van activiteit.
- 4° Prenatale programmering omvat structurele veranderingen in belangrijke organen.
- 5° De placenta speelt een hoofdrol in prenatale programmering.
- 6° Voor compensatie van niet-optimale condities wordt een prijs betaald.
- 7° Pogingen na de geboorte om consequenties van prenatale programmering terug te draaien kunnen op zichzelf negatieve effecten hebben.
- 8° Foetale celmechanismen wijken vaak af van volwassen celmechanismen.
- 9° De effecten van prenatale programmering kunnen van generatie op generatie worden overgedragen.
- 10° Prenatale programmering heeft vaak een verschillend effect bij mannen en vrouwen.

Tijdens de prenatale ontwikkeling worden genetisch bepaalde processen beïnvloed door de beschikbare hoeveelheid voedsel, de toevoer van bloed, veranderingen in het functioneren van de placenta en andere omgevingsinvloeden. Dit laatste is relevant, want wat is de omgeving van de foetus? Dat is het lichaam én de daarmee onlosmakelijk verbonden geest van zijn moeder. Want in de

symbiotische fase van zijn ontwikkeling leeft de baby niet alleen in het lichaam van zijn moeder, maar ook in haar geest, in haar psyché.

Nathaliensz geeft aan dat de twee meest fundamentele concepten van prenatale programmering zijn: 'de kritische perioden' en 'de blijvende invloed'. In deze bijdrage worden deze twee hoofdprincipes verder uitgewerkt en dat voor het thema van de prenatale hechting.

1° In de ontwikkeling van de foetale psyché zijn er kritische periodes van verhoogde kwetsbaarheid voor niet-optimale condities te onderscheiden.

Voor de relatie tussen foetus en zijn moeder betekent dit: dat de prenatale band tussen foetus en moeder niet tijdelijk is, maar blijvend en zich in het postnatale leven zal verder zetten; dat de moeder in de symbiotische fase niet inwisselbaar is voor een ander persoon; dat de relatie emotioneel betekenisvol is voor de ontplooiing van de foetus; dat de foetus de nabijheid en de betrokkenheid van zijn moeder wil bewaren; dat de foetus gestrest geraakt als hij het contact met zijn moeder verliest én dat de foetus verwacht dat zijn moeder hem emotionele veiligheid en comfort biedt.

Volgens Emerson (1994, 1998) kunnen er zes kwetsbare periodes in de programmering van prenatale en perinatale hechting worden aangegeven: de conceptie, de implantatie, het ontdekkingsmoment, het 'umbilical affect', de geboorte zelf en de eerste minuten/uren na de geboorte, het zogemaande inprentingsmoment.

Conceptie

De conceptie is niet alleen een biologisch proces van samensmelting van zaadcel en eicel. De bevruchting vindt plaats in een biochemisch milieu en dit milieu zal zijn sporen nalaten in de bevruchte eicel. De biochemie van de man en de vrouw die een kind verwekken is een neerslag van hun psyche, van **hun** gevoelsleven. De emotionele omstandigheden van conceptie zijn van belang. De conceptie is een eerste ontmoeting en wordt ook wel de 'conceptiedans' genoemd, waarbij een preconceptioneel attractieveld ontstaat dat de conceptie in een bepaalde richting doet verlopen. Het verloop van deze ontmoeting leidt tot de vorming van een rudimentaire vorm van bewustzijn, welke de voorloper wordt van latere sensaties, emoties en zelfs van de persoonlijkheid. Conceptie is een eerste en zeer fundamentele stap in het proces van hechting.

Dergelijke beweringen roepen de vraag op naar het 'hoe' van deze ervaringen. Kan er wel sprake zijn van bewustzijn voor dat de hersenen zich ontwikkeld hebben, ja zelfs nog niet in aanleg aanwezig zijn? De hersenstructuren voor leren en bewustzijn zijn toch pas ontwikkeld tegen de vijfde/zesde maand van de zwangerschap en hersenactiviteit wordt toch pas vastgesteld in het laatste kwartaal? De celbiologie heeft echter aangetoond dat individuele cellen een ervaringsgericht geheugen vormen (accumulate experience based memory), lang voordat de hersenen zich ontwikkelen. De diepste

sporen van onze pijn, angst en strijd, maar ook van geluk en plezier ontstaan in de eerste dagen van ons bestaan. Volgens Bruce Lipton (2001) vormt de celmembraan en niet de celkern, de 'hersenen' van een cel. Deze celmembraan is een organische informatieprocessor; ze neemt de omgeving waar en vertaalt dit bewustzijn in informatie die de activiteiten van proteïnen beïnvloeden en de expressie van genen controleert.

Implantatie.

Na een reis van 6 à 10 dagen komt de bevruchte eicel aan in de baarmoeder. De energie van het embryo dreigt op te geraken en het wordt tijd om zich van nieuwe zuurstof en voeding te voorzien. De reis op leven en dood zit erop. Het grote moment van het samenvoegen van twee levens staat te gebeuren: de implantatie. Het is de tweede grote uitdaging van de zwangerschap. Er moet een plaatsje gevonden worden waar het embryo zich kan hechten aan de baarmoederwand. Het baarmoeder-slijmvlies moet hormonen vrij maken die het afweersysteem van de vrouw onderdrukken door de vorming van proteïne EPF (early pregnancy factor), waardoor het genetisch deels lichaamsvreemde embryo zich kan innestelen en niet wordt afgewezen. De symbiose kan tot stand komen. Dit is het tweede fundamentele hechtingsmoment uit onze geschiedenis: de eerste kennismaking met het lichaam van de moeder. Zoals in elk hechtingsproces kan het ook de ervaring van onthechting, van afwijzing en verwerping in zich houden. Het is niet omdat de implantatie van het embryo slaagt en de zwangerschap verder kan ontwikkelen, dat er geen rudimentaire sporen van onthechting in het embryo geregistreerd zouden kunnen worden.

Ontdekkingsmoment.

William Emerson (1994) heeft gewezen op het belang van de ontdekkingsmoment; dit is het moment dat de vrouw ontdekt dat ze zwanger is. In deze periode krijgt een aanvankelijk vermoeden meer zekerheid, en een eenvoudige zwangerschapstest kan uitsluitsel geven. Hoe reageert de vrouw op haar zwanger zijn? Haar eerste reacties op haar zwanger zijn creëren een klimaat van verwelcoming, of juist niet. Is de implantatie een verwelcoming door haar lichaam en de in haar lichaam opgeslagen onbewuste ervaringen, dan is de ontdekkingsfase een verwelcoming door de psyché van de vrouw, waarbij zowel bewuste als onbewuste motieven een rol spelen. Haar instelling ten aanzien van haar zwangerschap zal het embryo een gevoel van welkom-zijn of een gevoel van afwijzing geven. Het zal zijn hechting aan het lichaam van zijn moeder en aan haar psyche verder versterken of ondermijnen; het zal zijn affectieve veiligheid vergroten of verkleinen. Uiteraard is hier sprake van twee polen op een continuüm. Ergens tussen de positieve en de negatieve pool zal de ervaring van het embryo zich bevinden, tussen hechting en onthechting, tussen bevestiging en afwijzing, tussen contact en isolement. Daartussen zit een heel scala aan ervaringsmogelijkheden.

Umbilical affect

Frank Lake heeft vanuit de klinische praktijk het 'maternal-fetal distress syndrome (M-FDS)' beschreven, waarvan de essentie is, dat krachtige indrukken van de moeder en haar innerlijke en externe wereld bij de foetus terecht komen. Deze indrukken bepalen zijn relatie met de intra-uterine realiteit, en dit op zo'n manier dat ze een blijvend effect hebben tot in het volwassen leven. De foetus is niet onbewust van zichzelf, noch onbewust van de emotionele reactie van zijn moeder op zijn aanwezigheid; de foetus is zich bewust van beide en van de interactie daartussen. (Maret, 1997).

In meer empirisch wetenschappelijke termen zijn de klinische observaties van Lake te vergelijken met het onderzoek naar de effecten van prenatale stress (Huizing, 2000; Robles de Medina, 2004; Van den Bergh & Marcoen, 2004). Volgens Frank Lake zijn er in de manifestatie van 'umbilical affect' en de effecten daarvan op de foetus, drie algemene patronen bij de moeder te onderscheiden. De foetus van zijn kant vertoont vier reacties op de 'affect flow'.

Instellingen van de moeder:

- Positieve instelling: vreugdevolle acceptatie.

De manifestatie van 'umbilical affect' is positief en wordt gekenmerkt door vreugde en acceptatie. De moeder is heel blij en opgetogen met haar zwangerschap en dit resulteert in een 'affect flow' van positieve, bewuste, aandachtgevende en emotioneel betrokken energie. Voor de foetus voelt dit als bevestiging, erkenning, acceptatie en welkom zijn. Lake noemt dit 'fetal joy'

- Negatieve instelling: negeren of veronachtzaming

De moeder kan haar zwangerschap ook negeren of veronachtzamen. Er is hier geen sprake van enige aanval op de foetus, maar de foetus wordt in verwarring gebracht omdat zijn aanwezigheid niet erkend wordt. Het geeft de foetus een ongemakkelijk gevoel van niet opgemerkt, niet gezien, niet belangrijk gevonden te worden. De foetus kan niet goed gedijen omdat zijn verlangen geblokkeerd wordt. De foetus raakt in wanhoop door de emotionele noodlijdendheid van de moeder en zal de neiging ontwikkelen om haar tegemoet te treden en te helpen. Lake noemt dit dat de foetus de foetale therapeut wordt voor de moeder.

- sterk negatief: bewuste en onbewuste afwijzing.

Dit patroon leidt tot de volledige ontwikkeling van het M-FDS. De sterk negatieve moederlijke 'affect flow' resulteert in een grote emotionele nood (distress) bij de foetus, welke een direct gevolg is van de instroom van de noodlijdendheid van de moeder. Bij de foetus ontstaat een dynamiek tussen de instroom van de moeder en zijn reactie daarop. Deze instroom kan het volgende omvatten: angst, woede, afkeer, bitterheid, jaloezie, eigen noodlijdendheid. De foetus wordt overspoeld door 'bitter en zwart bloed'.

Reacties van de foetus:

In reactie op de drie variaties in het moederlijke 'umbilical affect' onderscheid Lake vier foetale reactiepatronen:

- Ideaal:

Deze conditie treedt op als de foetus in de baarmoeder goed bevoorraad wordt, op fysisch en psychisch vlak. De foetus kan zijn boodschappen doen in een rijk gevulde baarmoeder. Er is een diep gevoel van warmte, geluk, en zaligheid. De 'affect flow' is zeer bevredigend omdat de moeder tegemoet komt aan de fysieke en affectieve behoeften van de foetus. De positieve ingesteldheid tegenover haar kind wordt door de foetus zeer intens en diep ervaren, en vervult hem met het archetypische beeld van de 'zalige moeder'. Volgens mij komt dit overeen met een veilige prenatale hechting (Verdult, 2009e).

- Coping:

Als de moederlijke 'affect flow' niet ideaal is, maar nog wel 'goed-genoeg' om te voorkomen dat er sprake is van een vertrouwensbreuk, dan treedt 'coping' op. Dit foetale reactiepatroon treedt op als er wel een zekere discrepantie is tussen de behoeften en de vervulling ervan, maar er tegelijkertijd wel een min of meer bevredigende interactie bestaat. Er bestaat een tekort om op een ideale manier tegemoet te komen aan erkenning en aandacht, of er is een instroom van moederlijke stress. De foetus verliest wel zijn hoop op ideale gelukzaligheid, maar kan wel omgaan met het tekort of met de nood, doordat hij de voortgaande interactie met zijn moeder vanuit een pure noodzaak moet accepteren. Alhoewel niet ideaal zijn de moederlijke condities toch goed-genoeg, zodat de foetus er wel mee om kan gaan. De toestromende mix van goede en slechte 'affect flow' is voor de foetus van dien aard dat hij deze kan dragen; het afwijzen van de slechte aspecten van deze 'affect flow' weegt niet op deze voordelen van de positieve bevoorrading. Het slechte hoeft niet teruggestuurd te worden via de navelstrengaders. Dit reactiepatroon is de basis voor onveilige ambivalente hechting en vertoont overeenkomst met het sympathische shock patroon (Verdult, 2009e).

-oppositie: verzet

Als de 'baarmoeder-shop' door de foetus wordt ervaren als ontoereikend, als niet goed-genoeg om er mee om te kunnen gaan, resulteert dit in totaal verzet. Dit verzet kan zich uiten in actieve agressie of in passief niet-samenwerken. De foetus heeft niet het gevoel met tekorten in de bevoorrading om te kunnen gaan; de baarmoeder is voor hem niet langer 'goed-genoeg', maar wordt ervaren als te ernstig en te lang tekortschietend in de erkenning van zijn aanwezigheid. De foetus moet zich afsluiten voor de overstroming met bitter en zwart bloed van de moederlijke emoties. Dit kan leiden tot een doodswens ten aanzien van de moeder, die echter als onacceptabel van de hand moet worden gewezen, omdat de foetus dan ook zelf niet kan overleven.. De resulterende pijn moet verdrongen en afgesplitst worden; de invasie van moederlijke noodlijdendheid en tekorten moeten worden

afgeschermd om te kunnen overleven. Deze foetale reactie leidt tot onveilig vermijdende hechting (Verdult, 2009e).

- transmarginale stress: verlamming

Als de 'affect flow' van de moederlijke emoties van dien aard wordt dat zelf oppositie niet meer mogelijk is, dan keert de foetus zich tegen zichzelf en begint zichzelf te vernietigen en te doden. De invasie van de 'affect flow' is dan oneindig en zo meedogenloos dat de foetus er zich niet tegen kan verzetten, er niet tegen op kan. Verlamming, ja zelfs dood kan optreden. De pijn wordt ondraaglijk en de foetus verlangt niet langer naar het leven, maar naar de dood. Er is een totaal verlies van 'being', wat wordt vervangen door een verlangen naar 'niet-zijn'. De foetus probeert niet langer transmarginale pijn te verlichten, maar de pijn wordt weggedrukt. Dit is het parasymphatische shock patroon.

De conclusie is dat prenatale stress de veilige hechting van de foetus aan zijn moeder ondermijnt. Dat vroege hechtingspatronen prenataal worden geprogrammeerd en veelal worden opgeslagen in de hersenstam, waar ze leiden tot blijvende overlevingspatronen.

Dit brengt ons bij het tweede punt van de prenatale programmering van de psyche:

2° Prenatale ervaringen hebben een blijvend effect op de menselijke psyché

De ontwikkeling van prenatale hechting in vijf kritische fasen roept de vraag op: hoe kunnen dergelijke vroege hechtingservaringen onthouden worden? Nieuwe bevindingen uit de neurowetenschappen, de celbiologie en de prenatale psychologie tonen aan dat de mens beschikt over meerdere vormen van geheugen. Naast het 'expliciete' bewuste geheugen beschikken we ook over een celgeheugen dat zich cumuleert in een lichaamsgeheugen. Het voor ons meest vertrouwde geheugen is het 'corticale' geheugen, waarin de hippocampus een sleutelrol vervuld. Dat is het geheugen waarmee we herinneringen kunnen ophalen tot ongeveer ons tweede levensjaar. Daarnaast zijn we ook in staat om op andere niveaus van de hersenen informatie op te slaan. Het proces van 'imprinting' kan plaats vinden op het niveau van de hersenstam, van het limbisch systeem en van de cortex. Zogenaamde primitieve informatie, die opgeslagen wordt in lagere hersengebieden, speelt altijd een rol in ons geheugen. Sterker nog, primitieve sensaties en emoties domineren onze gedachten. Lang voordat we op het idee komen 'Oei dat is een gevaarlijke hond want het is een pitbull', heeft ons emotionele brein ons al gealarmeerd via de amygdala en is ons lichaam al geactiveerd door stresshormonen. We slaan al op de vlucht voordat we het goed en wel beseffen. We moeten ons goed realiseren dat het meest ontwikkelde deel van onze hersenen, de cortex of hersenschors, vaak het minst weet over onszelf en anderen. Bovendien zijn onze emoties ouder dan onze gedachten én

gedachten kunnen onze gevoelens niet veranderen. Ook in de psychotherapeutische praktijk wordt dit zichtbaar: inzicht brengt geen heling (Janov, 2007). Dit geldt zeker voor baby's van wie de cognitieve mogelijkheden, om aan traumatische ervaringen rationele betekenis, te geven nog zeer beperkt zijn.

Imprints, als neerslag van belangrijke ervaringen, kunnen dus op verschillende niveaus in de hersenen worden opgeslagen, afhankelijk van het gewicht van de ervaring en van het moment waarop ze optreden. Prenatale ervaringen worden hoofdzakelijk in de hersenstam opgeslagen en geboortevervingen hoofdzakelijk in de hersenstam en het limbische systeem; latere ervaringen in het limbische systeem en de cortex. We kunnen de evolutie van de menselijke soort niet ontkennen; onze hersenen zouden dat niet toestaan. Indrukken worden van beneden naar boven verwerkt: van de hersenstam over het limbische systeem naar de cortex. Idealiter werken deze drie systemen goed samen, maar bij trauma's worden de verbindingen tussen deze drie systemen geblokkeerd. Vroege trauma's leiden tot een blokkade van het ene niveau naar het andere, om te voorkomen dat de hogere niveaus overspoeld worden. Helaas treedt hier een diabolisch aspect op: trauma's, ook in de baarmoeder, die hoge niveaus van inhiberende neurohormonen vragen om de emotionele pijn draaglijk te houden, leiden tegelijkertijd juist tot een vermindering van die inhiberende hormonen. Dat wil dus zeggen: vroege trauma's kunnen zo'n sterke invloed hebben dat ze het onderdrukkende systeem levenslang kunnen beschadigen. Daardoor kan de cortex belemmerd worden om zijn werk te doen in het plannen, regelen, controleren en uitvoeren van ons dagelijkse leven. Imprints van een laagniveau kunnen zo sterk zijn dat ze door de beschermende grenzen heen breken en dan angst geven.

In het algemeen geldt: hoe ouder de ervaringen die in het geheugen worden opgeslagen, des te ouder is de betrokken hersenstructuur. De conclusie kan niet anders zijn dan dat er een vorm van prenataal geheugen bestaat en dat we als mens in staat zijn om heel vroege ervaringen, reeds vanaf de conceptie, in een of andere vorm op te slaan in ons lichaamsgeheugen. Hoe deze mechanismen allemaal precies werken moet nog nader uitgeklaard worden, maar het prenatale geheugen bestaat.

Wat betekent dit voor het thema van de prenatale hechting? Hechtingservaringen worden prenataal op verschillende niveaus in de hersenen geregistreerd. Daarmee vormen ze een rudimentair basispatroon voor hechting, waarop latere hechtingservaringen voortborduren. Is het prenatale hechtingspatroon een veilig patroon dan zullen latere hechtingservaringen zich ook eerder in deze richting ontwikkelen. Is het hechtingspatroon onveilig dan zullen latere hechtingservaringen ook eerder als onveilig geïnterpreteerd worden. De hechtingservaringen zoals die in de lagere hersenstructuren zitten opgeslagen geven blijvend richting aan latere affectieve relaties. Of om het

technischer te zeggen: de prenatale hechtingservaringen leiden tot wat Bowlby heeft genoemd 'interne werkmodellen' of mentale representaties, waarmee we naar alle relaties kijken (Bowlby, 1983).

De conclusie uit verschillende onderzoeken op dit gebied is: de emotionele toestand van de moeder tijdens het prenatale leven van haar kind is van grotere betekenis dan haar emotionele toestand in het eerste jaar na de geboorte. De hechtingsrelatie tussen moeder en foetus is van grote invloed op de ontwikkeling van de hersenen en daarmee op het latere functioneren van haar kind. De emotionele afstemming tussen moeder en baby, alsook de verstoringen in deze afstemming leiden tot een 'woordenloze blauwdruk van het emotionele leven' van de baby. Liefde, warmte, betrokkenheid, verbondenheid, kortom veilige affectieve hechting bevorderen de ontwikkeling van de hersenen, en daarmee van het emotionele leven en van de persoonlijkheid. Andersom geldt helaas ook, vroege trauma's en een gebrek aan liefde zet de ontwikkeling van de hersenen onder druk en dit kan leiden tot emotionele problematiek in het latere leven. Prenatale programmering van hechting heeft dus een blijvend effect (Verdult, 2009a).

5). Geboorte en onthechting

Zoals we reeds zagen beschrijft Emerson (1994) zes kritische fasen in de prenatale en perinatale ontwikkeling. De eerste vier fasen tijdens de prenatale ontwikkeling werden in de vorige paragraaf besproken onder punt 1. In deze paragraaf volgen twee kwetsbare periode uit het perinatale leven.

De geboorte is, samen met de dood, de belangrijkste overgang die we ooit in ons leven doormaken. Alhoewel de baby het initiatief neemt en vanuit zijn hypofyse signalen uitstuurt naar de baarmoeder blijft de geboorte een belangrijk samenspel tussen moeder en kind. Synchroniciteit is van belang, en dit geldt niet alleen voor de biomechanica van de geboorte maar ook voor de communicatieve aspecten. Sterke gevoelens van extatische verbondenheid kunnen door de foetus ervaren worden, maar ook overspoelende gevoelens van volledige verlatenheid zijn mogelijk. Dergelijke existentiële gevoelens worden ingeprent in het geheugen, maar ook in het hele lichaam. Thomas Verny (2002) noemt in zijn boek 'Tomorrow's baby' de geboorte 'een transformerende psychologische gebeurtenis': hoe we in de wereld komen speelt een cruciale rol in hoe we in die wereld leven. De ervaringen tijdens onze geboorte vormen een soort geboortescrypt, een neerslag in onze persoonlijkheid.

Toekomstige ouders staan voor de vraag: hoe kunnen we ons kind in de wereld verwelkomen met de minste belasting en de minste stress, zodat er zo weinig mogelijk fysieke en psychologische schade wordt aangericht, zodat er zo weinig mogelijk inbreuken ontstaan op de hechtingsrelatie? Het risico op traumatisering tijdens de geboorte is erg groot, omdat de foetus zich op dat moment in een zeer kritische fase van zijn leven bevindt (Emerson, 1998). Doorheen de evolutie is er 'een precieze cascade

van hormonen ontstaan', zegt Michel Odent (2002), 'waardoor er zowel bij de moeder als bij de baby een complexe hormonale balans ontstaat, die niet lang aanhoudt, maar wel een diepe band kan creëren'. Helaas verandert de high tech-low touch verloskunde deze subtiele hormonale mix, welke door de evolutie was voorzien om primaire hechting te bevorderen.

De geboorte is een belangrijke levensloopervaring omdat het een ingrijpende overgang is van het intra-uteriene leven naar het leven buiten de baarmoeder. In principe zou het geboorteproces bij een vrouw, die goed in contact is met haar eigen lichaam en met haar kind, geen traumatische ervaring hoeven te zijn. Tijdens een ideale geboorte gaan moeder en kind samen door het pijnlijke proces van deze ingrijpende biologische en psychologische overgang, waarna ze samen na afloop de bevrijding, de opluchting en de vreugde ervaren. De realiteit is vaak anders. Naar schatting 90% à 95% van de geboortes kunnen, in min of meerdere mate, als traumatisch beschouwd worden voor de baby. Een geboorte kan voor hem zelfs een afschuwelijke ervaring zijn, waarvan het gevolg is, dat de hechting door het opgetreden trauma verstoord wordt. Het is vaak nog 'een ongemakkelijke waarheid', die door veel artsen, hulpverleners en ouders ontkend wordt. De baby wordt dan geacht geen pijn te hebben ervaren, of er toch geen herinnering aan overgehouden te hebben. Niets is minder waar: ons lichaam 'herinnert' zich onze geboorte en dat met een grote nauwkeurigheid.

Een traumatische ervaring kan gedefinieerd worden als een extreem stresserende gebeurtenis, die een emotionele shock veroorzaakt en langdurige gevolgen heeft. Deze omschrijving is vaak zonder meer van toepassing op de geboorte. Pijn is niet per definitie traumatisch; ze wordt traumatisch als de mogelijkheden om er mee om te gaan als ontoereikend worden ervaren. Voor de baby zal dit al snel het geval zijn, omdat zijn coping in stresserende situaties nog zeer beperkt is. Ook vrouwen ervaren pijn tijdens het baren en hun lichaam heeft hiervoor een natuurlijke pijnstilling ontwikkeld. Toch kan de geboorte ook voor de moeder traumatisch zijn. Als een geboorte voor de vrouw traumatisch is, dan is ze dat ook voor de baby; als een geboorte door de vrouw als niet-traumatisch werd ervaren, dan kan ze dat echter toch nog geweest zijn voor de baby.

Niet de plaats van bevallen maakt of een geboorte meer of minder traumatisch verloopt, maar wel het proces op zich. Uiteraard is het risico op traumatisering in het ziekenhuis groter, omdat artsen sneller ingrijpen in het geboorteproces; maar ook een thuisbevalling kan voor de baby traumatisch verlopen. Een traumatische geboorte kan leiden tot ernstige beperkingen in het psychische, het cognitieve en het sociale functioneren. Een geboorte is een potentieel gevaarlijke situatie voor emotionele beschadigingen. Echter, hoe meer de vrouw zich verbonden voelt met het geboorteproces en met haar kind, des te beperkter zullen de traumatische gevolgen zijn. Medische interventies tijdens het geboorteproces zijn allemaal potentieel zeer gevaarlijk (Emerson, 1998).

Volgens Emerson (1998) treden er bij traumatische geboortes drie groepen van symptomen op: hechtingsstoornissen, een shockpatroon en een invasie/control complex. Zo treden er bij keizersnedes, - volgens de meeste artsen nog altijd beschouwd als de minst belastende geboorte voor de baby -, hechtingsstoornissen op doordat de emotionele pijn van de baby niet begrepen wordt door zijn omgeving, én doordat de interventie tijdens en na de c-sectie de relatie tussen moeder en kind verstoren (Verdult, 2009b). De gevolgen van een traumatische geboorte zijn voor een baby ernstig, zowel in fysische als in psychologische zin. Soms raken baby's bewusteloos, uitgeput en overspoeld door de pijn van het geboren worden; soms breken ze hun neus tijdens de geboorte. Hun hoofdje kan vervormd zijn door een tangverlossing of door een vacuüm verlossing. De emotionele pijn kan zo groot zijn dat aspecten van het zelf moeten onderdrukt worden.

Op langere termijn blijven geboorte-ervaringen doorwerken in de psyche van de volwassene. Dit leidt tot de vorming van bepaalde persoonlijkheidstypen, van levensscripts. Basispatronen van reacties op stress en de vorming van angsten, kunnen tijdens de geboorte gevormd worden (Verdult, 2009a).

Inprenting: Onmiddellijk na de geboorte

Uit de onderzoeken van Klaus, Kennell en Klaus (1995, 1998) over hechting onmiddellijk na de geboorte, blijkt dat hoe meer de vrouw zich gesteund voelt tijdens de arbeid, hoe beter ze zich volledig kan laten gaan in het geboorteproces, hoe beter ze in contact blijft met haar eigen lijf en daardoor met haar kind, des te beter zal ze zich kunnen hechten aan haar kind onmiddellijk na de geboorte. Interventies, hoe noodzakelijk soms ook, verstoren dit proces en leiden tot een onthechting. Er kan een geweldige kracht uitgaan van het eerste contact tussen moeder en baby. Zonder tussenkomst van buitenaf zal de baby, teruggeplaatst op de buik van zijn moeder, onmiddellijk zijn weg zoeken naar haar borst en met zuigen beginnen. Dit wordt self-attachment-behavior genoemd en blijkt in onderdelen reeds prenataal geoefend te zijn. Hun onderzoeken tonen ook aan dat dit moment direct na de geboorte met recht een kritische periode genoemd kan worden, want hun vervolgonderzoek toonde aan dat deze eerste minuten en uren samen voor zowel de moeder als voor het kind bepalend zijn voor hun hechtingsrelatie. Dit moment, dat ook wel het inprentingsmoment wordt genoemd, is het cumulatiemoment van de opgebouwde prenatale hechtingsrelatie. Geen wonder dat het echtpaar Klaus en hun collega Kennell zich verzetten tegen het routinematig weghalen van de pasgeboren baby bij de moeder en het te snel doorknippen van de navelstreng voordat deze volledig is uitgeklopt.

6). Herstel van hechting: empathische betrokkenheid.

De baby vertelt zijn verhaal

In elke vorm van begeleiding van baby's lijkt het mij belangrijk dat de baby de ruimte en de ondersteuning krijgt om zijn verhaal te 'vertellen' (Verdult, 2007). Dit speelt ook in de gewone dagdagelijkse zorg voor een baby. Ook daarin speelt de dialoog een belangrijke rol. Zorgen voor een baby is een woordenloze ontmoeting, een nonverbale samenspraak, waarin een 'aanwezige ander' verondersteld wordt de signalen van de baby te ontvangen. De baby vertelt zijn verhaal via zijn lichaam en ideaal gezien 'spiegelt' zijn moeder zijn boodschap. Hij brengt zijn behoeften en gevoelens tot uitdrukking via zijn beschikbare mogelijkheden en dat is hoofdzakelijk via zijn lichaamstaal. Hij wil zijn omgeving iets duidelijk maken over zijn innerlijke wereld. In deze innerlijke wereld zit zijn geschiedenis vevat. Als hij 'oude' emotionele pijn heeft opgeslagen in zijn lichaam, - pijn die hij kan hebben opgelopen tijdens de zwangerschap, bij de geboorte of in de eerste dagen en weken na zijn geboorte zoals bij de couveuse-baby, dan wil hij 'vertellen' over deze pijn. Hij verwacht van zijn omgeving dat deze hem begrijpt, dat zijn verhaal gehoord en begrepen wordt. Daarvoor moet de betekenisvolle ander, en dit kan de moeder, de vader en/of de hulpverlener zijn, zichzelf leeg maken om zo open te kunnen staan voor de dialoog met de baby. In de hechtingstheorie wordt dit emotionele beschikbaarheid genoemd. Naast beschikbaarheid is ook sensitiviteit van belang. Babytherapeut Karlton Terry noemt dit 'accurate empathy' (Terry, 2005). Dit is zeker geen sympathie en het is meer dan empathie. Accurate empathie houdt een erkenning en herkenning in van het lijden van de baby. Een dergelijke spiegelende of empathische benadering van de pijn van de baby levert een bijdrage aan de versteviging van de hechtingsrelatie of aan het herstel van een verstoorde relatie. Uitgangspunt voor preverbale communicatie is, dat de baby direct aan zijn ervaring betekenis wil kunnen verlenen en dat hij dit wil doen in direct contact met de wereld om hem heen (in eerste instantie zijn moeder). De baby verwacht dus een reactie op zijn communicatie. In de hechtingstheorie wordt dit responsiviteit genoemd; in lichaamsgerichte benaderingen heet dit accommoderen; in energetische benaderingen heet dit resoneren.

De baby beschikt reeds van voor zijn geboorte over een heel arsenaal aan vaardigheden, waarmee hij in staat is met zijn omgeving te communiceren. De signalen die de baby gebruikt kunnen ingedeeld worden in: gebruik van de stem, mimiek, alertheid, lichaamshouding en lichaamsbewegingen. Met zijn stem kan de baby verschillende gemoedstoestanden tot uitdrukking brengen. Huilen is bij baby's wel de bekendste vorm van stemgebruik als communicatiemiddel. In het huilen kunnen verschillende intonaties zitten, alsook kan de intensiteit van huilen sterk variëren. De baby bezit ook mimische vaardigheden, welke via echoscopie prenataal zijn geobserveerd. Glimlachen is misschien wel het sterkste wapen om zijn moeders aandacht te trekken. Ook boosheid kan via het gelaat tot uitdrukking worden gebracht.

Heinz Prechtl (in: Klaus en Klaus, 1998) onderscheidt zes bewustzijnstoestanden bij de baby, welke een indicatie zijn voor zijn gevoelstoestand. Dit zijn zes manieren van in de wereld zijn, welke kunnen variëren van waakzaamheid tot slaap. De zes fases zijn: rustige slaap en actieve slaap, rustige alertheid, actieve alertheid en huilen, en een overgangstoestand: slaperigheid. De rustige toestanden lijken meer tevredenheid uit te drukken dan de onrustige toestanden. De lichaamshouding is ook een krachtig signaal aan de omgeving. Lichaamshouding, met name een open of gesloten lichaamshouding, verradt de innerlijke gevoelstoestand van de baby. Een open houding verwijst meer naar goed voelen, een gesloten en/of gespannen lichaamshouding is een indicatie voor defensiviteit en afweer. Lichaamshoudingen en -bewegingen kunnen ook verwijzen naar prenatale en perinatale ervaringen van de baby; ze vormen een indicatie voor wat er in die kwetsbare periode gebeurd kan zijn. Bewegen is ontmoeten. De bewegingen van de baby zijn ook weer een indicatie voor zijn gemoedstoestand. Bij onwelbevinden zullen zijn bewegingen onrustiger, krampachtiger en intenser van aard zijn. Baby's die zich goed voelen bewegen minder, en minder gespannen.

'Behoeft-huilen' versus 'trauma-huilen'.

Huilen is misschien wel één van de krachtigste manieren waarmee een baby communiceert. In zijn huilen kunnen verschillende nuances onderscheiden worden. Emerson (in: Terry, 2005) maakt onderscheid tussen 'behoefte-huilen' en 'trauma-huilen'.

'Behoeft-huilen'.

Veel ouders gaan ervan uit dat, als een baby huilt, hij uitsluitend een fysiologische behoefte kenbaar maakt. Aletha Solter (1991) noemt dit een van de belangrijkste vergissingen van ouders. We merken inderdaad dat moeders geneigd zijn verklaringen te zoeken voor het huilen van hun baby die verwijzen naar een onvervulde, lichamelijke behoefte: de baby heeft honger, is vermoeid, heeft slaap, of heeft krampjes. De baby kan fysiologische behoeften kenbaar maken, maar kan door huilen ook uitdrukking geven aan affectieve behoeften. Een baby geeft signalen dat hij behoefte heeft aan de nabijheid van zijn moeder, aan haar warmte, aan haar veiligheid. Vaak vragen ouders zich af in welke mate ze op dit 'behoefte-huilen' moeten ingaan en of ze de baby daardoor niet verwennen? Het is onmogelijk om een baby te verwennen. Huilen is een van de weinige manieren waarop een baby zijn behoeften kenbaar kan maken en bovendien kan een baby uitstel van behoeftebevrediging nog heel moeilijk tolereren. Als zijn signalen worden genegeerd zal het huilen toenemen uit frustratie, ongeduld en ongemak, omdat hij zijn behoefte sterker voelt. We moeten ons goed realiseren dat een baby, zoals Abraham Maslow het uitdrukte, geen honger *heeft*, maar honger *is*. Als een behoefte niet voldoende en niet tijdig vervuld wordt dan komt heel zijn organisme in het teken te staan van deze onvervulde behoefte. Zoals een verdwaalde in de woestijn alleen nog maar kan denken aan water, zo

wordt de baby overheerst door een onvervulde behoefte. Als dit systematisch gebeurt, - zoals in de opvoedingssystemen waarin rust, reinheid en regelmaat (de '3-R-en') worden gepropagandeerd - , leert de baby dat hij niet het vermogen heeft om invloed uit te oefenen op zijn omgeving. Het geeft hem een gevoel van machteloosheid en het ondermijnt het vertrouwen in zijn moeder, omdat zij zijn signalen niet beantwoordt. Als het vertrouwen in zijn omgeving ondermijnd wordt, neemt ook zijn zelfvertrouwen af (Stroecken, 2003). In reactie op een omgeving waarin huilen niet geaccepteerd wordt, ontwikkelen kinderen starre gedragspatronen die huilen moeten voorkomen. Deze controlepatronen hebben dan als functie om het gemis, als gevolg van onvervulde behoeften, niet te hoeven voelen. De gevolgen van het onderdrukken of niet beantwoorden van huilen zijn emotionele en gedragsproblemen (Solter, 2000).

'Trauma-huilen'.

Als ouders alles geprobeerd hebben om de fysiologische en affectieve behoeften van de baby te vervullen, en als dan het huilen van de baby niet ophoudt, dan verwijst dit voortdurend huilen vaak naar trauma-huilen. Naast 'behoefte-huilen' kan een baby via zijn huilen ook aangeven dat hij pijn heeft; niet omdat hem pijn wordt gedaan, maar omdat hij zich via het huilen wil bevrijden van zijn oude pijn (Solter, 1991, 2000). Deze vorm van huilen wordt door William Emerson 'trauma-huilen' genoemd. Het is de ontlading van emotionele pijn die de baby in zijn verleden heeft opgelopen. Trauma-huilen is een vorm van loslaten van innerlijke spanning, van verwerken van opgelopen belastingen of trauma's. Solter (2000) noemt deze vorm van huilen een stressontladingsmechanisme. Deze vorm van huilen is veel krachtiger en krijsender dan behoefte-huilen en gaat gepaard met angst en paniek, die goed in de oogjes van de baby te zien zijn. Bij trauma-huilen heeft de baby meer spanning in zijn lichaam, de neiging om zich te overstrekken; zijn vuistjes zijn vaak gebald en de bewegingen van armpjes en beentjes nemen sterkt toe.

Via het trauma-huilen vertelt de baby zijn verhaal over wat hij tot nu toe in zijn leven ervaren heeft. Ook een baby heeft een geschiedenis, in tijd nog maar kort, maar in intensiteit zeer sterk. Foetussen en baby's kunnen reeds emotioneel belast zijn. Het is een groot misverstand te denken dat de baarmoeder per definitie een paradijs is en dat de geboorte een vanzelfsprekende overgang is. Prenatale pijn en geboortetrauma's vormen een belangrijke oorzaak van trauma-huilen. Bij prenatale pijn kunnen we denken aan belastende stress, afwijzing of isolement (Verny, 2002). Geboortetrauma's kunnen ontstaan door inleiding van de geboorte, instrumentele verlossingen en vooral keizersneden (Verdult, 2009ab).

Zoals we reeds eerder zagen heeft William Emerson (1998) erop gewezen dat geboortetrauma's leiden tot hechtingsproblemen, shock-ervaringen en tot een invasie/controler complex. Ook Solter (1991) wijst erop dat baby's soms maandenlang vele uren per dag huilen om de pijn van hun geboorte tot

ontlading te brengen en zich zo te bevrijden van deze pijn. Belangrijk is aan te vullen, dat deze ontlading maar kan optreden als de baby zich gesteund en gedragen voelt door een omgeving die zijn trauma onderkent en hem de veiligheid en containment biedt die hij nodig heeft om zijn pijn toe te laten. Karlton Terry stelt dan ook met veel nadruk dat een baby die trauma-huilt nooit alleen gelaten mag worden. Als dit wel gebeurt dan zal zijn huilen snel verstommen en stopt de baby met huilen, misschien voorgoed! Het beleven van zijn pijn wordt dan onmogelijk, met als gevolg dat elke pijn in de rest van zijn leven afgeweerd moet worden (Stroecken, 2001).

'Spreken' met de baby.

Zoals ik reeds eerder opmerkte zijn er psychodynamische methoden ontwikkeld waarin het spreken met de baby wordt benadrukt. Zowel Eliacheff (1995) als Szejer (1998) hebben gewezen op de mogelijkheden om verbale taal te gebruiken in de begeleiding van baby's. Zij bedoelen daarmee: niet spreken 'over' de baby, maar spreken 'met' de baby over zijn concrete ervaringen. Dit spreken met de baby hoeft niet beperkt te blijven tot een psychotherapeutische behandeling, maar kan ook door ouders en andere hulpverleners gebruikt worden om baby's te helpen bij de ontlading van opgebouwde spanning. Het spreken is dan geen therapeutisch middel, maar een vorm van 'spiegelen, van empathische communicatie met de baby. Belangrijke voorwaarden zijn dan: dat het gevoelsmatige contact tussen moeder (ouders) en kind niet verbroken is door onthechting, dat de moeder zich kan inleven in de pijn van haar baby en deze pijn niet negeert, dat de moeder geen schuldgevoelens heeft of zich afgewezen voelt door het huilen van haar baby.

Een kind dat nog geen verbale, expressieve taal kent om zich uit te drukken, blijkt toch in staat om semantische en syntactische samen horende delen van gesproken taal te begrijpen en te onthouden. Niet de woorden op zichzelf, maar de gevoelsmatige betekenis die met de woorden wordt uitgedrukt wordt door de pasgeborene begrepen. De woorden raken aan zijn gevoel en daarmee aan zijn lichaam. Taal, gevoel en lichaam zijn met elkaar verbonden (Szejer, 1998).

7). Babypsychotherapie

In de begeleiding van baby's en hun ouders zijn er recent nieuwe ontwikkelingen (Harms, 2000). De klassieke scholenstrijd tussen de diverse richtingen in de psychotherapie is ook hier onderhuids merkbaar. De systeemtherapeutische benaderingen proberen vooral de communicatie tussen baby's en hun zorgverleners te verbeteren; gedragstherapeutische benaderingen proberen ouders en zorgverleners een beter gedragsrepertoire bij te brengen (Nossent, 1998). Deze benaderingen raken echter niet aan het gevoelsleven van de baby, laat staan aan hun traumatische ervaringen. Er zijn ook

klassiek psychodynamische behandelmethoden voor baby's ontwikkeld die vooral het accent leggen op spreken met de baby (Eliacheff, 1995; Szejer, 1998). Tenslotte zijn er ook behandelmethoden die gebaseerd zijn op de klassieke hechtingstheorie, maar ook die blijven vaak steken in het bevorderen van de hechtingsrelatie, zonder naar de diepere oorzaken van de onthechting te gaan.

In onze praktijk werken wij met het model van William Emerson (1998, 2000). Het is een psychodynamische, lichaamsgerichte trauma-psychotherapie, waarin heel nadrukkelijk het lijden van de baby, ontstaan door prenatale en perinatale problemen, wordt erkend en behandeld. De bedoeling is door het helen van de trauma's, het herstellen van de hechting en de verdere gezonde ontwikkeling te stimuleren. Het accent ligt dus op het helen van emotionele blokkades of trauma's. Daarom spreken we ook over *babypschotherapie*. Een echte psychotherapeutische behandeling is gericht op het helen van de pijn, niet op het bestrijden van de symptomen. Een symptoomgerichte aanpak gaat volledig voorbij aan de psychische pijn van de baby en lijkt ons tot meer traumatisering te leiden. Specifiek aan babypschotherapie is dat, naast verbale communicatie, hoofdzakelijk lichaamsgerichte methoden gebruikt worden als toegangspoorten tot de psyche van de baby. Gezien de beperkte verbale communicatie-mogelijkheden van de baby moeten we zoeken naar toegangspoorten tot de innerlijke wereld van de baby via zijn lichaam. Voor baby's geldt nog in veel sterkere mate dan voor volwassenen dat lichaam en geest met elkaar verbonden zijn. De ervaren gevoelens worden door de baby lichamelijk ervaren en via zijn lichaam tot uitdrukking gebracht. De taal van het lichaam is daarmee één van de belangrijkste toegangspoorten tot de innerlijke gevoelswereld van de baby.

Essentieel blijft de empathische betrokkenheid van de therapeut bij de psychische pijn van de baby (Verdult, 2009c). Daartoe dient de behandelaar wel de ernst en de diepte van deze pijn te onderkennen en te herkennen. Bijkomende voorwaarde voor babytherapie is dat de ouders, of toch zeker de moeder, betrokken worden in de behandeling. Gezien de intensieve band, zowel in positieve als in negatieve zin, tussen moeder en baby is het onvermijdelijk haar te betrekken in de therapie. Indien de moeder ambivalente of zelfs agressieve gevoelens heeft naar haar baby, is het zaak eerst deze gevoelens te exploreren en te ontladen, alvorens met de baby gewerkt kan worden. De moeder kan de beste therapeute voor haar kind zijn, op voorwaarde dat ze zich open kan stellen voor de pijn van haar baby. Daartoe moet ze zichzelf leeg kunnen maken, los kunnen komen van haar eigen negatieve gevoelens. Soms kan het zelfs noodzakelijk zijn dat de moeder een psychotherapeutische behandeling krijgt, omdat door haar zwangerschap en door de bevalling haar eigen vroegkinderlijke ervaringen geactiveerd kunnen zijn. Het kan zijn dat de moeder eerst haar eigen pijn moet voelen, om die van haar kind te kunnen toelaten. Gezien de grote sensitiviteit van baby's zijn zij zeer goed in staat aan te voelen of ze hun pijn mogen beleven of niet.

In onze praktijk ligt het accent dus op het helen van opgelopen belastingen of trauma's. We kijken in eerste instantie naar de hechtingsrelatie tussen moeder en baby, en naar aanwijzingen voor eventuele onthechtingservaringen. Een verstoorde hechting is een aanwijzing voor opgelopen trauma's, maar is tegelijkertijd ook belangrijk voor de behandeling, omdat de baby 'resourcing' moet kunnen vinden bij veilige hechtingsfiguren. De behandeling is in eerste instantie gericht op het doorwerken van de traumatische ervaringen, waardoor de affectieve band met de moeder hersteld kan worden. Na het exploreren van de lichamelijke signalen die kunnen verwijzen naar mogelijke trauma's, wordt de geblokkeerde trauma-energie losgemaakt en kan deze tot ontlading komen. De moeder en de therapeuten blijven in empathische nabijheid tijdens deze ontlading. Een dergelijke behandeling moet een aantal keren herhaald worden. Meestal blijft een babypsychotherapie beperkt tot ongeveer 5 sessies van 1 à 1,5 uur.

Onderzoek naar effecten van psychotherapie zijn in het algemeen methodologisch zeer moeilijk. Voor babytherapie geldt dat deze zo mogelijk nog moeilijker zijn en dat dergelijk effect-onderzoeken bovendien nog zeer beperkt zijn uitgevoerd. Emerson (2000) heeft niet alleen veel kinderen behandeld voor prenatale en geboortetrauma's, maar hij heeft ze ook longitudinaal gevolgd. Niet alleen verdwenen de symptomen, waarvoor de ouders hulp zochten, maar de behandelde baby's vertoonden ook lange termijn effecten. Deze effecten zijn: de behandelde kinderen zijn minder agressief, ze kunnen duidelijke grenzen stellen, ze zijn zeer empathisch naar anderen en zeer sociaal, ze zijn emotioneel competent en lijken zich gemakkelijker te ontwikkelen. Het is ook onze ervaring dat baby's veel baat kunnen hebben bij een vroegtijdige behandeling van prenatale en/of geboortetrauma's.

23

8). Bewust ouderschap

Ouderschap is allang geen lotsbestemming meer en het moederschap is niet iets wat vrouwen overkomt. Het is een keuze. Er bestaat geen verplichting om kinderen te verwekken; de wereld is zelfs overbevolkt. Vrouwen en mannen kunnen kiezen voor kinderen. Deze keuze heeft belangrijke consequenties, niet alleen voor de ouders, maar vooral voor hun kinderen. Ik ben mij ervan bewust dat de nadruk op de grote betekenis van prenatale en perinatale hechting de verantwoordelijkheid voor ouders, en dan vooral voor moeders, groter wordt. Ik heb willen aangeven hoe groot het belang is van een goede affectieve ontwikkeling van het jonge kind. Het lot van een nieuw mens ligt in handen van zijn ouders. Wat het prenatale en jonge kind meemaakt zal het de rest van zijn leven met zich meedragen en het zal zijn verdere leven vorm geven. Dit gegeven noopt tot een bewust en verantwoord ouderschap. Ouders, en zeker niet het minst aanstaande ouders, dienen zich bewust te

worden van het verloop van hun eigen kindertijd. Wat zij als kind gemist hebben of wat hen als kind is aangedaan werkt door in hun actueel functioneren naar anderen, vooral naar hun kinderen. Hoe vaak horen wij cliënten niet verzuchten: 'Nu had ik gedacht het allemaal zo anders en zoveel beter te doen dan mijn ouders, en toch ben ik in dezelfde valkuilen gevallen'. De herhalingsdrang is zeer sterk. Zonder dat we het weten en zonder dat we het willen, herbelevan we aspecten uit onze kindertijd en herhalen we naar onze kinderen dat wat we in onze opvoeding altijd zo verfoeid hebben. De kracht van ons onbewuste is heel groot.

Bewustwording van onze kindertijd is daarom van groot belang voor bewust ouderschap. Thomas Verny zegt het zo: 'Bewust ouderschap houdt de drie volgende principes in: ten eerste persoonlijke groei van elke ouder om eventuele psychologische complexen die kunnen interfereren met de taak van het ouderschap te verwerken, ten tweede een grondige bezinning op de partnerrelatie om zo tot een open en eerlijke communicatie te komen, en tenslotte de bereidheid om het ongeboren kind te zien als een mens die behoefte heeft aan liefde en affectie, zowel vóór als na de geboorte' (Verny, 1996; 2002). Kinderen, zeker prenatale en preverbale kinderen, zijn kwetsbaar en volledig afhankelijk van onze opstelling naar hen. Bewustwording houdt ook in dat ouders zich er rekenschap van geven dat de emotionele problemen van hun kinderen hun eigen problemen weerspiegelen (Stroecken, 1994). Onze ruimte bepaalt hun leefruimte. Het kind problematisch verklaren en zelf buiten schot blijven, verhult onze eigen problematiek en leidt nooit tot verwerking. Het is niet gemakkelijk onze eigen blinde vlekken te zien. Echter, met hulp kunnen we het contact proberen te herstellen met onze eigen gevoelens, en zo ook het contact met de beleving van het kind. Zo kunnen we reeds vroeg in het leven van het kind herstel van eventueel geleden emotionele schade bevorderen door de pijn van het kind toe te laten.

Verantwoord ouderschap heeft op de eerste plaats te maken met keuzen. Een keuze vóór het kind. Het gaat er niet om dat ouders een kind willen, maar dat het kind, eenmaal verwekt, recht heeft op ouders. Het kind is er niet voor de ouders; de ouders moeten er voor het kind zijn. Wanneer een echtpaar overweegt een kind te verwekken zou dit de kernvraag moeten zijn die zij zichzelf stellen: moet het kind er voor ons zijn, of kunnen wij er volledig voor het kind zijn? Een kind verwekken en het negen maanden dragen houdt de keuze in voor een gewenst kind en voor een affectieve betrokkenheid bij een mens-in-wording. Het is een zwaarwegende ervaring voor het prenatale kind: het wil welkom zijn en het wil zijn moeder kunnen voelen. Besluiten een kind te verwekken houdt de keuze in voor een goede voorbereiding op een natuurlijke geboorte. Het veronderstelt een engagement naar het kind dat verwacht dat zijn ouders er voor hem zullen zijn. Het houdt een keuze in voor een betrokken zorg voor het gezin; bekeken vanuit de affectieve behoefte van het jonge kind om in de armen van zijn moeder te willen zijn. Het houdt een keuze in om het kind te laten zijn wie

het is, het kind een veilige basis aan te bieden door betrokken aanwezigheid, en het impliceert de persoonlijke integriteit van het kind te respecteren (Stroecken & Verdult, 2001).

Er lijkt op dit punt op kleine schaal een aarzelende kentering te komen in de samenleving. Ouders lijken zich, meer dan ooit te voren, onzekerder te voelen in hun opvoedingstaken. De roep om opvoedingsondersteuning groeit. Als deze opvoedingsondersteuning geen nieuwe gezichtspunten brengt zal het echter niet veel opleveren. We hebben geen nieuwe adviezen nodig, maar meer bewustwording. Vrouwen voelen dat ze te veel taken hebben en dat ze deze steeds minder goed kunnen combineren. De positie van de jonge vrouw als carrière-vrouw wordt door sommige mensen voorzichtig in twijfel getrokken. Men stelt zich de vraag: was dat de oorspronkelijke bedoeling van het feminisme? Hier en daar komen vragen rond de problematiek van het jonge kind. We hopen dat de erkenning van zijn affectieve behoeften en de herkenning van zijn emotionele noden ook mogen groeien. De betekenis van het moederschap, welke de laatste decennia is gereduceerd tot het baren van kinderen, lijkt aan een herwaardering toe te zijn. Vrouwen, maar ook mannen, zijn meer dan alleen maar economische productie-eenheden. Voor hun jonge kinderen vormen zij de basis voor het bestaan. De vrouw, die het kind negen maanden in zich gedragen heeft, draagt een speciale verantwoordelijkheid, vanuit haar voorsprong in de hechting met het kind. We hopen met dit 'charter' dat ouders zich ook bewust worden van hun verantwoordelijkheden ten aanzien van de affectieve ontwikkeling van hun kind.

We krijgen steeds minder kinderen. We lijken ook steeds meer belang te hechten aan die kinderen. Dit houdt ook in dat we, in het belang van het kind, de kwaliteit van het ouderschap moeten bevragen. Dit is géén maatschappelijk conservatisme, ingegeven door een godsdienstig of politiek dogma; het is een ervaringsgerichte visie, in het belang van het prenatale en jonge kind. Het is géén oproep voor 'de vrouw terug aan de haard'; de verworven rechten van de vrouw op persoonlijke, emotionele en financiële onafhankelijkheid steun ik. De nadruk op de enorme betekenis van de affectieve ontwikkeling houdt een oproep in. Mijn pleidooi is om, én de affectieve rechten van het 'sprakeloze' (rechteloze!) kind beter te garanderen, én het maatschappelijk debat te voeren over de rechten van de vrouw op de beleving van haar moederschap met behoud van haar sociale en financiële positie. "Alles van waarde is weerloos", zei de Nederlandse dichter Lucebert. Dit geldt zeker voor het prenatale en preverbale kind. Zijn weerloosheid vraagt om bescherming. Deze bescherming kan het beste gegeven worden door zijn eigen ouders, op voorwaarde dat zij beschikbaar, sensitief en responsief zijn, én op voorwaarde dat zij hun eigen kindertijd onthuld hebben.

9). Afronding.

De hechtingstheorie is een dominante stroming in de psychologie en de psychotherapie, en volgens mij zou dit ook moeten gelden voor baby 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 representaties 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 traumatische ervaringen en de daarbij ontstane 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.

26

Rien Verdult (°1953) studeerde ontwikkelingspsychologie aan de universiteit van Groningen. Hij volgde een opleiding tot client-centered psychotherapeut. In Zwitserland specialiseerde hij zich tot prenataal psychotherapeut voor volwassenen en baby's bij William Emerson en Karlton Terry. Hij is lid van de adviesraad van de International society of Prenatal and perinatal Psychology and Medicine (ISPPM).

Samen met zijn partner Gaby Stroecken heeft hij een psychotherapiepraktijk en een vormingscentrum. Ze schreven ook samen het boek 'De mythe van de gelukkige kindertijd'. Hij doet ervaringsgerichte individuele psychotherapie met volwassenen en met baby's, waarin de nadruk ligt op de verwerking van prenatale, perinatale en vroegkinderlijke belastingen en trauma's. Hun vormingsactiviteiten omvatten zowel persoonlijke vorming (workshops 'Het miskende kind in onszelf') als professionele vorming rond de emotionele ontwikkeling van de baby. Zij verzorgen samen een opleiding tot babytherapeut.

Correspondentie:

Opleeuwstraat 59, 3840 Gors-Opleeuw (Borgloon).

Telefoon: 00 32 (0)12 – 67 19 35

E-mail: rien.verdult@skynet.be

Website: www.stroeckenverdult.be

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.
- Bowlby J. *Verbondenheid*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.
- 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.
- Cozolino L. *The neuroscience of human relationships; attachment and the developing social brain*. New York: W.W. Norton & company.
- Dornes M. *Der kompetente Säugling; Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1993.
- Eliacheff, C., *Het kind dat een kat wilde zijn*. De Bezige Bij, Amsterdam, 1995.
- Emerson W R. The vulnerable pre-nate. In: *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 1994, 3: 157-169.
- Emerson, W., Birthtrauma: the psychological effects of obstetrical interventions. In: *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13,1, 1998.
- Emerson, W., Das verletzte Ungeborene: Behandlungstechniken und forschungsergebnisse.. In : Harms, Th., *Auf die Welt gekommen*. Ulrich Leutner Verlag, Berlin, 2000.
- 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.
- Hepper, P. *Prenatal learning: building the future*. Wenen: the Vienna Child Care Symposium, 2006.
- Huizing, A. *Prenatal stress and its effect on infant development*. Doctoraatstudie Universiteit Utrecht, 2000.
- Janov, A., *Primal healing*. Franklyn Lakes: Career Press, 2007.
- Klaus M, Klaus Ph en Kennell J. *Bonding*. Reading: Addison-Wesley, 1995.
- Klaus M. en Klaus Ph. *Your amazing newborn*. Massachusetts: Perseus Books, 1998.
- Krens I. The first relationship. In: *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 2001 (13), 1/2 pg 9-30.
- Lipson, T., *From conception to birth*. New Town 5aus): Millenium books, 1994.
- Lipton B. Nature, nurture and human development. In: *Journal of prenatal and perinatal psychology and health*, 2001, 16, 3: 167-180.
- Maret, S. *The prenatal person; Frank Lake's maternal-fetal distress syndrome*. New York: University Press of America, 1997.
- Nathanielsz P. *Life in the womb: the origin of health and disease*. New York: Promethean Press, 1999.

- Nossent S. *Babyvisie*. Amsterdam: Bert Bakker, 1998.
- Odent, M., *Primal health*. Londen: Clairview, 2002.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. *Trauma and the body; a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton & company, 2006.
- Piontelli A. *From fetus to child; an observational and psychoanalytic study*. Londen: Routledge.
- 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.
- Porges, S.W. The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. In: *International Journal of Psychophysiology*, 2001, 42(2), pg 123-146.
- Robles de Medina, P. *Prenatal maternal stress and its effects on fetal development*. Doctoraatstudie Universiteit Utrecht, 2004.
- 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.
- Solter, A., *Baby's weten wat ze willen*. De Toorts, Haarlem, 1991.
- Solter, A., *De taal van huilen*. De Toorts, Haarlem, 2000.
- Stern D N. *The motherhood constellation*. London: Karnac books, 1995.
- Stroecken G. *Het miskende kind in onszelf*. Leuven: ACCO, 1994.
- Stroecken, G., Pleitbezorgster voor het jonge kind. In: *Tijdschrift voor Vroedvrouwen*, 2000 (5), 185-188.
- Stroecken G. *De stem van het jonge kind*. Houten: Unieboek, 2003.
- Stroecken G. & Verdult R. *Symbiose: prenatale hechting en kinderrechten*. Uitgave: vzw Perspektief voor het miskende kind? Opleeuwstraat 59, B 3840 Borgloon, België, 2001
- Stroecken, G. & Verdult, R. *De mythe van de gelukkige kindertijd; de zoektocht naar het miskende kind in onszelf*. Antwerpen: Garant/Cyclus, 2006.
- Szejer, M., *Platz für Anne; die Arbeit einer Psychoanalytikerin mit Neugeborenen*. Kunstmann Verlag, München, 1998.
- Terry, K., Observations in the treatment of children conceived by In Vitro Fertilization. In: Janus, L., *Pränale Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg, Mattes Verlag, 2004.
- Terry, K., Accurate empathy in babytherapy. In: Verdult, R., *Op maat van de mens*. Gors-Opleeuw: EVPP 'De Bakkerij', 2005
- Uvnäs Moberg, K. *De oxytocine factor*. Amsterdam, uitgeverij Thoeiris.
- Van den Bergh, B. De prenatale oorsprong van welvaartsziekten en gedragsproblemen. In: Van Houdenhove, B. *Stress, het lijf, en het brein*. Leuven: LannooCampus, 2007
- Van den Bergh 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 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., Waar gezondheid begint. In: *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 2001, 5, 177- 182.
- Verdult R., De competente foetus: op weg naar hechting. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 2004, 1, 15-20.
- Verdult, R., Hechting: risico of bescherming?. In: *Huisarts Nu*, 2005, 34(2), pg 70-78.
- Verdult, R., Het geboorteverhaal van een baby. In: *Vroeg*, 2007, 3/4 pg 16-18.
- Verdult, R., Cesarean birth: psychological aspects in adults. In: *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 2009a, 2,

- Verdult, R., Ceasarean birth: psychological aspects in babies . In: *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 2009b, 2,
- Verdult, R., Empathy in babytherapy. In: *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 2009c, 2, pg
- Verdult, R., Prenatal themes in Alzheimer's disease. In: *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 2009d, 2, pg
- Verdult, R. Die Neuverdrahtung des Gehirns; Entwicklung des Gehirns, pränatale Bindung und die Konsequenzen für Psychotherapie. In: Schindler, P. *Am Anfangs des Lebens*. Basel (CH): Schabe Verlag (in press). 2009e
- Verdult, R. & Stroecken, G., Babytherapie: ‚spreken‘ met de baby. In: *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 2004, 3, 132-135.
- Verny, Th., Isolation, Rejection and communication in the womb. In: *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 3, 1996.
- Verny Th. *Tomorrow's baby*. New York: Simon&Schuster, 2002.

De meeste artikelen van Rien Verdult, als ook deze bijdrage, zijn ook te downloaden van www.stroeckenverdult.be