

**OuderKindTraumaTherapie
Hoe werkt dat nou bij baby's?**

Marianne Went

Wat kan er aan de hand zijn als een jonge baby ontroostbaar blijft huilen, niet slaapt, slecht drinkt? Als opvoedtips, Bachdruppeltjes en zelfs een observatie-opname niet helpen? Als er medisch gezien geen oorzaak wordt gevonden? In dit artikel¹ wordt uitleg gegeven over de mogelijke betekenis van dergelijk gedrag, over de noodzaak van behandeling en de manier waarop zo'n behandeling eruit kan zien.

Hoezo? Kan een baby trauma oplopen?

In de afgelopen jaren is er binnen de GGZ veel geschreven en gesproken over trauma. Klachten en klinische symptomen die eerder vooral werden toegeschreven aan factoren in aanleg, worden bij kinderen meer en meer gelieerd aan (een combinatie van aanleg en) traumatiserende ervaringen. Het idee dat ook een heel jonge baby een ervaring als traumatisch kan opslaan is nog steeds niet echt gangbaar. Er is nog maar minimaal onderzoek gedaan op dit gebied.

Rebecca Slater en Fiona Moultrie (2017) onderzochten het effect van pijnervaringen. Zij plaatsten bij achttien pasgeborenen elektroden op hoofd en borst terwijl deze een pijnlijke hielprik kregen. De activiteit in de hersenen legden ze vast via een EEG. De controlegroep (n=72) kreeg andere, niet pijnlijke prikkels toegediend zoals fel licht of een hard geluid. Het patroon op de EEG's bleek niet hetzelfde. Wanneer er verdovende crème gesmeerd werd op de plek van de prik, veranderde de hersenactiviteit.

Een dergelijke studie is een belangrijke stap in het onderzoek naar pijnregistratie bij kinderen. Het maakt duidelijk dat er pijnbanen zijn die werken. En het laat zien hoe baby's op pijn reageren. Maar het maakt nog niet duidelijk hoe bewust deze jonge baby's zich zijn van de pijn op dat moment en hoe lang ze de herinnering vasthouden. Het is pijnlijk om ons te realiseren dat tot in de jaren tachtig de gangbare opvatting was dat baby's geen pijn voelen omdat ze een onrijp zenuwstelsel hebben. En mochten ze het toch voelen, dan zouden ze zich later niets meer herinneren. Pijnstilling was volgens artsen ook gevaarlijk omdat de bloeddruk van de fragiele patiëntjes door de zware medicatie gevaarlijk kon dalen (Anand, 1987).

In de klinische praktijk zien we vaak dat baby's – maar ook oudere kinderen – met opvallende innerlijke onrust een verleden hebben met intense pijnervaringen. Onderzoek naar de psychische gevolgen bij deze jonge kinderen is nog niet bekend. Klinische ervaring doet vermoeden dat deze pijnlijke ervaringen gekerfd zijn in het jonge brein en daarmee eenzelfde (pijn)herbeleving in een vergelijkbare situatie kunnen triggeren. Het kan dan gaan om fysieke pijn maar ook om emotionele ervaringen als angst en paniek. De reacties van de jonge baby doen vermoeden dat de emotionele ervaringen nog niet te differentiëren zijn en nog direct ervaren worden als een fysieke sensatie. Die lichaamssensaties – of ze nu een fysieke of mentale oorzaak hebben – uit een jonge baby in gedrag: hij/zij zal gaan huilen, in paniek raken, juist heel in zichzelf gekeerd raken, gaan vermijden. Voor het lezen van dat gedrag en het activeren van de bescherming die het kind nodig heeft om de ervaring te overleven heeft het ouders/verzorgers nodig die daartoe in staat zijn. Of die – indien dit niet het geval is – op zoek gaan naar professionals die hen daarbij kunnen helpen.

Hoe zie je dat? Kan bepaald gedrag verwijzen naar een trauma?

Bij heel jonge baby's gaan de klachten waarmee ouders zich melden meestal over problemen met slapen, eten en huilen. In de praktijk worden deze baby's vaak huilbaby's genoemd. We bekijken deze problemen in eerste instantie vanuit een combinatie van medisch en opvoedkundig perspectief. Relatief nieuw is het om ook te onderzoeken in hoeverre er sprake kan zijn van traumatische ervaringen die de ontwikkeling van de baby, maar ook van de jonge ouder, in de weg kunnen staan. Twee voorbeelden:

Faye (zeven weken)

Faye wordt door haar ouders aangemeld. Ze huilt overdag en 's nachts heel veel. Ze slaapt in de nacht een klein uur en wordt dan krijsend wakker. Ze is ontroostbaar en valt na een uurtje weer in slaap. Dit ritme houdt ze de hele nacht vol. Ook overdag wordt ze vaak in paniek wakker uit haar slaap. De ouders zijn uitgeput en erg bezorgd over hun dochter.

¹ Het verdient aanbeveling om dit artikel te lezen in samenhang met het eerder verschenen artikel 'OuderKind-TraumaTherapie (OKTT): een geïntegreerde psychotherapeutische behandeling met EMDR voor kinderen met preverbaal trauma' (Went, 2014).

De moeder had tijdens de zwangerschap al grote zorg om de baby maar er werden geen afwijkingen geconstateerd. Ze lag in een stuitligging en werd op dringend verzoek van de moeder op 38 weken met een keizersnede geboren. In de eerste weken na de geboorte bleek Faye een wit en zwak poppetje dat te moe was om te drinken. Adviezen betroffen vooral de manier van voeden. Op de leeftijd van drie weken constateerde een cardioloog een ruis bij het hartje die dermate ernstig bleek dat men acuut besloot tot een openhartoperatie. De ouders begrepen achteraf van een arts dat Faye door de toestand van het hartje een normale bevalling hoogstwaarschijnlijk niet overleefd zou hebben. Na de operatie zou zij 24 uur onder narcose blijven maar na drie uur ontdekte de moeder, die naast haar bedje waakte, dat ze langzaam wakker werd en huilde: tranen biggelden over haar wangen, geluid klonk er niet vanwege de tube in haar keel. Een dergelijke scene herhaalde zich na tien uur. Beide keren werd er extra narcosemiddel toegediend. Faye heeft volgens haar ouders zo hard gehuild dat de hechting op haar borst gedeeltelijk losraakte. Na deze eerste 24 uur leek er uiterlijk sprake van een metamorfose: Faye was van een intens bleke baby met blauwe lipjes veranderd in een roze 'varkentje'. Bij thuiskomst veranderde de opluchting al snel in nieuwe zorg vanwege het beschreven slaap-huilritme.

Eva (zeven maanden)

Eva wordt aangemeld door haar ouders als ze zeven maanden oud is. Ze slaapt slecht in en door. Ze is door haar vader iets makkelijker gerust te stellen dan door haar moeder. Ze is een zeer actief kindje dat volgens ouders 'een spoor van rommel' door de kamer achterlaat omdat ze van alles oppakt maar nergens rust voor heeft.

De zwangerschap verliep zonder problemen maar aan het slot werd duidelijk dat de bevalling het beste met 38 weken al opgewekt zou kunnen worden in verband met de grootte van de baby. Ondanks die beslissing verliep de bevalling dramatisch: haar bovenarmpje werd op medische gronden gebroken om de doorgang mogelijk te maken. De volgende dag bleek sprake van een ernstige beschadiging van de zenuwbanen die van de nek naar de arm lopen (een zogenaamde Erbse Parese) aan de kant van het andere armpje. Op de leeftijd van bijna vier maanden werden de beschadigde zenuwen vervangen door twee zenuwen uit de onderbeentjes. Eva moest daarna ruim twee weken gefixeerd liggen in een schelpvormig kuipje van kunststof waarin ze met breed klittenband werd vastgelegd. Voor deze operatie was het slapen al een probleem, maar dat werd alleen maar erger: Eva sliep niet langer dan twee uur en werd dan heel angstig huilend wakker. Ze was weliswaar te troosten door ouders maar sliep alle nachten met deze onderbrekingen.

Een dergelijke start is een heel ingrijpende ervaring; voor zowel de ouders als de baby. Bij beide ouderparen is er een reëel risico geweest dat zij hun baby zouden verliezen. Ongeacht de inzet van artsen en andere hulpverleners is er in de perceptie van beide ouderparen niet goed genoeg geluisterd naar hun zorgen en zijn er onnodige risico's genomen. Zij zijn naar hun idee misschien ook zelf tekortgeschoten ten opzichte van hun baby. De problemen met voeding en slapen konden zij niet oplossen door hun baby te troosten: de baby was zo onregelgd dat troost geen of slechts kort effect had.

De baby's maakten ook een 'valse start': de verschillende verhalen volgend kan je veronderstellen dat zij extreme pijn ervaren hebben, zowel door de aandoening als door de diverse ingrepen zoals het inbrengen van tubes en de fixatie. Maar ook honger, vermoeidheid en zeer beperkte herstel-slaaptijd spelen mee. Daarbij komt het ervaren van de stress en machteloosheid van de volwassenen, en de separatie van ouders.

Zoals gezegd: we weten het niet zeker maar kunnen op basis van klinische observaties veronderstellen dat onveiligheid, angst en paniek een rol hebben gespeeld. Fysieke en psychische ervaringen zijn met elkaar verweven. De complexe samenstelling van intense ervaringen kan door beide baby's onbewust of bewust als pijn ervaren zijn. Het herkennen en reguleren van positieve en negatieve ervaringen raakt hierdoor verstoord. Het leren hoe het voelt te ademen, eten, knuffelen, contact maken, en pijn voelen, is onregelgd. De signalen die de baby oppikt van de omgeving en de signalen die de baby uitstraalt zijn moeilijk te lezen. Dit wederzijds leren interpreteren van gedrag is essentieel voor de hechting. Dit betekent dus dat er een grote kans is op een verstoring van de veilige hechtingsrelatie tussen baby en ouders.

Waarom zou je hierop ingrijpen?

De meest eenvoudige reden om een behandeling te overwegen ligt besloten in het zojuist beschreven risico op een verstoring in de opbouw van een veilige hechtingsrelatie. Wanneer je zou kunnen veronderstellen dat het hier gaat om traumatisering, dan is ingrijpen te overwegen. Zolang er nog geen wetenschappelijk bewijs is geleverd, zul je dat doen onder het mom 'niet geschoten is altijd mis'. Dat klinkt aarzelender dan bedoeld: de klinische praktijk leert dat er veel mogelijk is. Herbelevingen, hyperarousal en vermijding – de symptomen van PTSS – gelden hier als sleutelwoorden. Een jonge baby kan je dat niet letterlijk vertellen maar als volwassene

kan je op basis van het gedrag een vooronderstelling doen: de parallel van het intense huilen van Faye bij het wakker worden uit de narcose en uit de diepe slaap k n wijzen op een herbeleving. Het overactieve gedrag van Eva k n niet zozeer op haar karakter gebaseerd zijn maar een symptoom zijn van PTSS.

Naarmate er meer bekend wordt over de sporen die vroeg trauma in het brein kan nalaten, groeit het inzicht dat vroeg ingrijpen de schade waar een jonge baby in het verdere leven de negatieve gevolgen van zou kunnen ondervinden, kan beperken. Wanneer de baby alle energie nodig heeft om bijvoorbeeld herinneringsbestanden van pijnen te overleven of te onderdrukken, ervaart hij niet de innerlijke rust die nodig is voor de enorme ontwikkelingsstappen die hij zou moeten kunnen maken in de eerste maanden. Het stresssysteem raakt chronisch ontregeld. Slapen lukt niet meer en de baby raakt chronisch moe. Hypo- en hyperarousal wisselen elkaar af. Er ontstaat een risico op – mogelijk zelfs ernstige – gevolgen voor de hersenontwikkeling (Schore, 2001). Bessel van der Kolk (2016) becommentarieerde onlangs verschillende onderzoeken. Hij richt zich met name op de gevolgen van mishandeling op jonge leeftijd. Hij verwijst naar onderzoek van Teicher en Samson uit 2016:

'In their landmark article on 'The enduring neurobiological affects of abuse and neglect' (this issue) Teicher and Sampson suggest that many structural and functional brain abnormalities hitherto thought to characterize various psychiatric diagnoses may, in fact, be the direct consequence of childhood maltreatment. For the past three decades they have researched the effects of exposure to various forms of childhood maltreatment, such as parental verbal abuse, witnessing domestic violence and sexual abuse in nonclinical samples, and found that maltreatment at different sensitive exposure periods is associated with reliable morphological alterations in the anterior cingulate, dorsal lateral prefrontal, and orbitofrontal cortex, as well as in brain areas that transmit visceral feelings and emotions that accompany and define terror. More specifically, maltreatment targets brain regions and pathways that process and convey the aversive experience. Thus, Teicher and his colleagues confirm that, following abuse and neglect, the world is experienced with a different nervous system.'

De vergelijking van een noodzakelijke medische behandeling met mishandeling is absoluut onterecht. In beide gevallen echter ervaart de baby pijnen en bestaat het risico dat het neurologisch systeem verstoord raakt. We weten inmiddels ook dat de hersenen plastisch zijn en dat door therapie of helende ervaringen andere neurale verbindingen tot stand kunnen komen waardoor die toxische stress kan verdwijnen.

Voor een gezonde emotionele ontwikkeling is de baby afhankelijk van een volwassene aan wie hij zich veilig kan hechten. Voor een veilige hechting is het noodzakelijk dat de ouder/verzorger voorspelbaar is en responsief, in staat is om het kind emotionele warmte en betrokkenheid te geven, de eigen behoeften ondergeschikt te maken aan die van het kind en het affect van het kind te verdragen, te duiden en te begrenzen. De ouder/verzorger leert daarmee aan het kind om zich bewust te worden van zijn eigen zelf, zijn emoties en die van de ander: het kind leert mentaliseren. Wanneer de ouder/verzorger te veel last heeft van eigen angst, paniek, machteloosheid en verdriet met betrekking tot de ervaringen met de baby, dan kan er sprake zijn van trauma. Dat blijft ook gevoed doordat de baby voortdurend vragen stelt waaraan de ouder niet kan voldoen – vragen om troost en rust. Als daaraan niets gedaan wordt raakt het proces van mentaliseren verstoord. Zo ontstaat in het fundament van de emotionele ontwikkeling een scheefgroei die uiteindelijk zijn invloed kan hebben op de persoonlijkheidsontwikkeling van de baby.

Hoe werkt traumabehandeling bij baby's?

In principe is de aanpak van de therapie van een jonge baby vergelijkbaar met die van oudere kinderen die trauma hebben opgelopen in de eerste levensjaren. Ook hier kan EMDR heel mooi ingebed worden in een combinatie van andere methodieken. Op basis van klinische kennis is in de afgelopen jaren een behandelmethode ontwikkeld met een tweeledig doel: traumaverwerking en herstel van de gehechtheidsrelatie. Deze methode, Ouder-Kind-Trauma-Therapie (OKTT), is een integratie van bestaande therapievormen waarvan de effectiviteit (deels) wetenschappelijk bewezen is, zoals de ouder-kind psychotherapie (Lieberman e.a., 2005; 2008) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 2001). De basisinformatie over de aangepaste versie van het EMDR-protocol voor traumaverwerking bij preverbaal trauma is helder beschreven in het *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (Beer & De Roos, 2017; Went, 2014).

Herinneringen activeren bij een baby

De informatie die met de ouders/verzorgers is verzameld en verwerkt op een levenslijn vormt het uitgangspunt van het traumaverwerkingsgedeelte. (lees ook Struik, Dierckx & Pijpers, 2016). De klinische praktijk leert dat zelfs bij heel jonge baby's gebruik gemaakt kan worden van gewone taal. De ouders/verzorgers vertellen vanuit het perspectief van de baby de ervaringen die naar hun idee traumatisch geweest kunnen zijn en daarmee ten grondslag kunnen liggen aan de klachten. De therapeut tapt ondertussen op de beentjes van de baby. Bij het EMDR-basisprotocol neemt men de op dit moment meest beladen herinnering als startpunt (Littel e.a., 2017). In

de klinische praktijk werkt het bij de behandeling van een baby ook heel effectief om op zoek te gaan naar een dergelijke –veronderstelde – herinnering. Het zijn vaak intensieve speurtochten samen met ouders/verzorgers, die meteen de noodzakelijk verbinding tussen hen en de therapeut versterken.

Faye

Het verhaal van het bizarre slaappatroon dat zich vanaf de operatie aftekende intrigeerde mij. Zeker toen ouders vertelden over de dramatische situatie direct na de operatie waarbij Faye twee keer te vroeg uit de narcose ontwaakte. Ze moet daarbij heel veel pijn gehad hebben. Een consult bij een slaapneuroloog maakte duidelijk dat het slaapritme van een jonge baby in intervallen gaat van een klein uur diepe slaap en dan lichte slaap etc. Dat zou dus kunnen betekenen dat Faye aan het eind van ieder uur uit een soort narcosetoestand komt. Althans, zo zou zij dat kunnen ervaren. Immers, het ontwaken uit de diepe 'slaap' van een narcose kan lijken op dat wat men ervaart bij de overgang van de diepe slaap naar de lichte slaap. Wanneer de herinneringsbestanden worden geactiveerd kan het dus zijn dat zij zeer heftige pijn en paniek herbeleeft en dermate in paniek is (uit de Window of tolerance; Ogden & Minton, 2000) dat troost door ouders haar niet bereikt. Deze gedachtegang levert de hypothese op dat dit een target is met een extreem hoge lading/arousal. Dus een onderdeel dat bij de desensitisatie extra aandacht meer dan waard is (Hornsveld & Oude Lohuis, 2017).

Eva

Ik zie bij de eerste ontmoeting een opvallend rusteloze en hyperactieve baby. Dit gedrag is tot dan toe door ouders en fysiotherapeut gelabeld als passend bij haar karakter, met als bijkomend voordeel dat ze door haar motorische onrust de zich herstellende zenuwbanen veel oefende. Ik zie het gedrag meer als een mogelijk fysieke reactie op het chronisch slaapgebrek zoals dat bijvoorbeeld bekend is bij burn-out. Dat chronische slaapgebrek kan een gevolg zijn van de regelmatige spontane activering van herinneringsbestanden van de pijnen en de ruim twee weken durende fixatie. Dit is aanleiding om in haar verhaal deze targets een uitgesproken plek te geven.

Een belangrijke vraag is hoe het bestaat dat bij een zo jonge baby herinneringsbestanden geactiveerd worden met gebruik van de volwassen taal. Ook op dit gebied staat onderzoek nog in de kinderschoenen. Carole Peterson (Peterson e.a., 2016) is hiermee bezig: activeren van vroege herinneringen door zogenoemde *narrative elaboration*. Henry Otgaar (2009) onderzoekt het waarheidsgehalte van vroege herinneringen bij kinderen. Maar beide onderzoeken raken nog niet aan de doelgroep van de baby's. Met betrekking tot de taalontwikkeling heeft bijvoorbeeld Anne Cutler (Grezel, 2007) een studie gemaakt van het taalbegrip van baby's vanaf vijf maanden. In diverse 'babylabs' aan de Universiteiten van Utrecht, Nijmegen en Amsterdam wordt onderzoek gedaan en blijkt dat er vanaf zes maanden begrip van woorden ontstaat. Dit zijn waardevolle en interessante onderzoeken die het waard zijn om uit te breiden naar de doelgroep < 5 maanden. Vooralsnog zullen we moeten uitgaan van observaties uit de klinische praktijk. Die praktijk doet vermoeden dat de werkzaamheid zit in een samenspel van factoren:

- Bilaterale stimulatie wordt gegeven in de vorm van taps. Hiermee stuurt de therapeut als het ware de werkgeheugenbelasting, waardoor de negatieve emotionele lading en de levendigheid van de herinneringen vermindert. (Beer & De Roos, 2017). Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat bij volwassenen oogbewegingen als afleidende stimulus het beste/snelste werken. Omdat oogbewegingen bij baby's niet mogelijk zijn kiezen we voor taps (Van den Hout e.a., 2011)
- De ouders zijn zelf vaak nog nauwelijks zeker van hun rol als ouder, en hierin getraumatiseerd. Denk aan de angst om je kind je verliezen, om niet goed genoeg te zijn, de machteloze woede op artsen, de angst voor de toekomst van het kind. Uiteraard is het belangrijk om de allerergste stress bij hen weg te nemen zodat de baby in de behandelkamer niet overvallen zal worden door een *abreaction* van de ouder. Maar het waarnemen van de reactie van de baby tijdens de EMDR-behandeling blijft een intense ervaring voor vrijwel elke ouder/verzorger. Het fysieke contact tussen ouder en baby geeft ruimte om zowel de stress als de herwonnen rust te ervaren aan elkaar en te delen. Het draagt tegelijk bij aan het gevoel van ouders dat ze goede ouders zijn.
- Zoals gezegd is het niet duidelijk wat de baby expliciet begrijpt van de taal die ouders en therapeut gebruiken. Mogelijk dat ook hier de emotionele lading/ontspanning een belangrijke trigger is. Toch blijft het mij intrigeren dat een baby op exact het ter zake doende moment in de vertelling van ouders/verzorgers gedrag vertoont dat direct verwijst naar de betekenis van de taal. Hij gaat bijvoorbeeld extreem huilen op een manier die ouders meteen herkennen als het paniekerig huilen in de nacht; hij gaat rekken en strekken op een manier die letterlijk past bij de herinnering van het losgemaakt worden uit een fixatie.
- Extra aandachtspunt is hierbij dat (net als bij het basisprotocol) het gedrag van de baby vanaf aanvang gezien moet worden als een uiting van herbeleving. Dus een kind dat in slaap lijkt te vallen of juist heel

druk wordt en van de schoot lijkt te willen, laat vrijwel altijd gedrag zien dat verwijst naar de geactiveerde herinnering. Ouders zullen de neiging hebben het te bestempelen als vermijding of weigering. Voor de therapeut is het ook verleidelijk om daar op die manier op in te gaan. Het effect kan zijn dat zowel ouders als therapeut zich verliezen in iets dat te maken heeft met het *handhaven van de orde*. Wanneer de therapeut het gedrag kan labelen als een geactiveerd herinneringsbestand, past het prima in het EMDR-desensitisatieproces en zal het (mits men doorgaat met bilaterale stimulatie) vanzelf oplossen en actief bijdragen aan de verwerking.

- De therapeut activeert herinneringsbestanden door taal en aandacht te geven aan emoties en lichaamssensaties die zij ziet/vermoedt op basis van het verhaal en het gedrag tijdens de therapie. Dit is vergelijkbaar met de actie in het basisprotocol: wat komt er op? 'Ik word zo misselijk/ bang/ woest...' Concentreer je daarop.

Faye

Er zijn drie sessies nodig geweest om de klachten van Faye op te heffen. Volgens het protocol vertellen de ouders het verhaal vanuit het perspectief van Faye. Terwijl zij dat doen voegt de therapeut door middel van taps op de beentjes de afleidende stimulus toe (Bilaterale Stimulatie; BLS). De therapeut stelt zich open voor de reacties van baby en ouders. Met betrekking tot de baby gaat het er vooral om, om taal te geven aan de emoties en lichaamssensaties die de baby laat zien. De therapeut kan ook de ruimte nemen om vermoedelijke traumatische betekenisverlening binnen de ouder-babyrelatie te benoemen. Te denken valt aan het ontschuldigen van de ouder ('pappa wilde eigenlijk ook niet dat Faye zoveel pijn zou hebben maar de dokter zei dat hij snel de narcose weer zou verhogen').

De eerste sessie is Faye een ineengedoken kwetsbaar kindje dat nauwelijks contact maakt. Wanneer het verhaal komt bij de herinnering aan het te vroeg ontwaken uit de narcose, wordt ze onrustiger en begint ze heel hard te huilen. De angst en paniek zijn duidelijk zichtbaar. Haar ouders herkennen direct hoe zij vanaf de operatie deze nachtelijke reacties heeft. Het is moeilijk voor hen om dit in de kamer te verdragen maar dit lijkt ook op hun eigen herbeleving. Wanneer de therapeut ook daaraan taal geeft en doorgaat met de taps, worden baby en ouders langzaam rustiger. In de week na deze sessie rapporteren zij dat Faye nog in eenzelfde ritme wakker wordt maar dat het huilen veel minder heftig is en zij het idee hebben dat ze meer kan openstaan voor hun troost. In de vervolgsessies is de invulling hetzelfde: ouders vertellen het verhaal vanaf aanvang en de therapeut zet de BLS in. Opvallend is hoe Faye met name de derde keer bij aanvang oogt als een energieke baby die zelfs voorzichtig met haar eerste lachjes de therapeut verleidt. De reactie op het meest beladen target is veel minder heftig. Het is zoals het past: de herinnering is niet prettig en zal dat ook nooit hoeven worden. Maar de emotionele lading is eraf.

Eva

Eva kiest ervoor om in de eerste sessie bij haar vader op schoot te zitten. Op het moment dat het verhaal over de fixatie na de operatie gaat, begint ze hartverscheurend te huilen. Zodra dat huilen vermindert rekt ze zich ver achterover uit tot een liggende houding waarbij ze haar hoofd zo ver mogelijk achterover laat hangen. Ze komt overeind met een stralende lach naar haar ouders en therapeut en herhaalt dit een aantal malen. Alsof ze wil aangeven hoe fijn het is om bevrijd te zijn uit de fixatie.

Wanneer haar moeder haar bij de tweede sessie de kunststof schelp waarin ze gefixeerd lag laat zien, gebeurt er niets. Zodra we het klittenband openscheuren springt ze van schrik omhoog in de armen van haar vader. Het geluid activeert meteen herbeleving van angst. De auditieve sensatie is blijkbaar veel groter dan de visuele. Ook bij Eva verdwijnt de klacht van het slapen het eerst. Daarna merken ouders op dat ze veel meer rust heeft en voor het eerst uit zichzelf geconcentreerd bezig kan zijn met bijvoorbeeld blokjes. Ze verandert in een drielal sessies van een hypere vermoeide baby in een uitgeruste nieuwsgierige baby.

Wat vragen wij van de ouders van getraumatiseerde baby's?

Omdat het bestaan van preverbaal trauma nog zo onbekend is, vergt het een heldere uitleg aan de ouders die zich melden. In de meeste gevallen zijn zij zelf wanhopig, moe en murw en in staat om alles van je aan te nemen. Die machtige positie vraagt van de therapeut extra aandacht en zorg. De ervaring leert dat ouders het erg prettig vinden dat ze actief betrokken worden bij de oplossing van het probleem. Hun eigen verhaal en beleving komen uitgebreid aan bod in het voorgesprek. De opdracht om vervolgens vanuit het perspectief van de baby te vertellen helpt hen om iets afstand te nemen van hun eigen positie. De therapeut stelt zich verantwoordelijk voor de steun en betrokkenheid aan de baby en aan hen. Als het nodig blijkt gaat eerst de zorg naar de ouders. De ervaring leert dat het voor de meeste ouders prettig is als de therapeut erkenning geeft aan het ongeloof dat bij hen opkomt bij de uitleg; wat is dat voor een vaag verhaal? Kan het kwaad? Helpt het echt wel? Ze zijn

tijdens de therapie steeds bij hun baby: dat is een ambivalente positie. Enerzijds is het fijn om precies te weten wat de baby meemaakt en daaraan ook actief bij te dragen. Anderzijds is het ook belastend voor hen om te verdragen dat de baby overvallen wordt door herinneringsbestanden van pijn, paniek, angst en verdriet. Het vraagt een actieve steunende houding van de therapeut om hen hierbij te begeleiden. Datzelfde geldt voor de interpretatie van de mogelijke effecten. Soms komt kort na de sessie eerst juist het probleemgedrag heviger naar voren en zie je vervolgens dat de baby de verschillende fases van de ontwikkeling in een sneltreinvaart doorloopt. Rust en vertrouwen van de therapeut bereiken via de ouders de baby.

Ouders van Faye

‘Wij wisten dat onze dochter (en wij) hulp nodig hadden om het een en ander te verwerken. Er was zoveel gebeurd in een hele korte tijd. We wisten niet wat we moesten doen. We zouden zelf “in control” zijn en beslissen tot hoever we zouden gaan. Dat gaf ons een gerust gevoel; baat het niet dan schaadt het niet. Ik vond het erg moeilijk om “het verhaal” keer op keer te doen en de reactie van onze dochter te zien. Zij reageerde op wat wij vertelden. Het leek net of ze begreep waar we het over hadden. Stiekem heb ik zelf ook wel een traantje weg gepinkt tijdens de sessies. Gelukkig werd ze steeds sneller te troosten en ging het vertellen makkelijker. Onze dochter heeft een vertrouwensrelatie met ons, als ouders, opgebouwd. Ze heeft geleerd dat wij er zijn om haar bij te staan en te troosten. Bij latere artsbezoeken en onderzoeken focuste ze zich op ons. Daarnaast was ze in onze armen snel en makkelijk te troosten. Ze gaf zich dan letterlijk en figuurlijk over. Door alles wat er gebeurd is loopt ze wel wat achter in haar grove motoriek. Ze is een rustige baby die graag observeert. Ik ben wel van mening dat ze zonder deze voorgeschiedenis een ander kind zou zijn geweest. Ik denk dat het een verwerkingsproces is van zowel ouders als baby. Je werkt samen tijdens deze therapie, waardoor je samen bezig bent met de verwerking. Tegelijk bouw je samen een nieuwe band op en leer je je kind dat je er voor haar bent en dat ze op je kan vertrouwen. Het zijn lange en intensieve sessies. Kortere of minder intensieve sessies zouden fijner zijn. Voor zowel ons als ouders als voor onze dochter.’ (NB: de maximaal geplande tijd is 90 minuten waarvan de werkelijke tap-tijd ongeveer 40 minuten, met onderbrekingen, is.)

Vader: ‘Ik was niet bekend met EMDR. Ik ging toch akkoord door het vooruitzicht dat Faye na de behandeling van haar paniekaanvallen af zou zijn. Onze rol hielp zowel Faye als onszelf de stressvolle dagen rond de operatie te verwerken. Ik heb geen idee waarom het werkt. Ik ben wel blij dat het heeft gewerkt.’

Ouders van Eva

Moeder: ‘Toen Marianne had uitgelegd hoe het werkte was ik eigenlijk wel een beetje sceptisch: kan dat bij een baby? Ze kan helemaal niet praten. Het klonk goed en we wilden het gewoon proberen. Baat het niet dan schaadt het niet! Omdat Eva natuurlijk zelf niks kon zeggen moest een van ons het woord voeren. Ik in ons geval. Hierdoor was onze rol erg belangrijk. In het begin vond ik het lastig om zo tegen haar te praten. Het voelde een beetje alsof ik haar een probleem aan wilde praten.

Meteen na de eerste sessie kon mijn man Eva zonder huilen in bed leggen en sliep ze door. Ik durfde niet te hopen dat het meteen had gewerkt dus ik dacht: dit was gewoon omdat ze zo moe was van de sessie. Maar de tweede avond ging het ook goed. Helaas werkte het alleen als mijn man haar in bed legde. Als ik het deed was het toch weer huilen. Dat hebben we meteen bij Marianne aangegeven en toen hebben we een sessie gericht op Eva en mij gedaan. De dagen daarna hebben mijn man en ik haar samen op bed gelegd en dat uitgebouwd naar alleen. Eva hilde niet meer en we konden haar makkelijk in bed leggen en ze sliep zo goed als door.

Ik denk echt dat het trauma als het ware naar achteren geschoven wordt en een andere lading krijgt. Het is er nog wel, maar het is een herinnering en geen trauma meer.

Zorg voor meer bekendheid bij huisartsen, ziekenhuizen, consultatiebureaus e.d. dat deze therapie ook werkt bij baby's. Heel veel mensen weten dit namelijk niet. Het werkt iets anders dan bij volwassenen uiteraard, maar het effect is hetzelfde.’

Vader: ‘Slaapgebrek was de voornaamste reden om hulp te gaan vragen. Onze dochter sliep zo slecht en het was elke keer zo'n gevecht om haar in bed te krijgen. Ik had nog nooit van EMDR gehoord. Ik was er heel sceptisch over, maar we wilden het gewoon proberen. Zeker omdat mijn vrouw er wat minder sceptisch tegenover stond. Inge vertelde en ik zat ernaast. Ik had soms het gevoel dat het niet zoveel uitmaakte of ik er wel of niet bij was, maar Eva wilde toch ook af en toe bij mij op schoot terwijl Inge zat te vertellen en Marianne op haar beentjes tikte.

Ik kon Eva meteen zonder gehuil in bed leggen en ze sliep door. Ze was bij mij vrij rustig als ze naar bed moest, bij Inge was ze wel onrustig. Het kan geen toeval zijn dat ze na de eerste keer meteen doorsliep, maar ik vraag me soms wel af of dat nou door EMDR is gekomen. Dit omdat ik gewoon heel nuchter ben.’

Hoe zorgen we voor de ouders van de getraumatiseerde baby's?

Ouders hebben binnen de OKTT een aantal rollen die met elkaar verweven zijn. De ouder is co-therapeut maar ook slachtoffer, en in de beleving van de baby mogelijk zelfs dader. Wanneer het om een jonge baby gaat is de ouder eigenlijk nog nauwelijks in staat geweest om zich te identificeren met de rol als ouder van een kind, van dit kind. Ergens in het proces rond zwangerschap, bevalling en eerste levensmaanden is de roze wolk uiteengespat. Er is aanleiding voor angst: 'Blijft mijn kind in leven? Wat houdt hij of zij over aan deze ervaringen?' Voor schuldgevoel: 'Had ik het eerder moeten ontdekken? Had ik mijn gedrag moeten aanpassen? Had ik beter moeten opletten? Had ik eerder de juiste arts moeten alarmeren?' Voor onzekerheid: 'Ben ik wel geschikt voor het ouderschap? Had ik dit kind dat zich zo ongelukkig voelt wel mogen willen?' Voor stress: alle aandacht moet naar het kind en er is geen ruimte voor eigen herstel, het hele gezin ligt overhoop nu alle aandacht naar de baby gaat. En er zijn neveneffecten: als het kind veel hersteltijd nodig heeft, kan het die tijd niet gebruiken voor de normale ontwikkeling. Hoe sta je daar als ouder boven?

Binnen de behandeling, zoals eerder in dit artikel beschreven, vraagt het specifieke aandacht van de therapeut om in te schatten in hoeverre er eerst aandacht nodig is voor het trauma van de ouder. Uit een recente overzichtsstudie (Woolf-King e.a., 2017) blijkt dat bijvoorbeeld ouders van hartpatiëntjes die geopereerd moeten worden een belangrijke risicogroep vormen voor de ontwikkeling van PTSS of depressiviteit. Het onderzoek leverde deze cijfers op:

- 84% van de ouders van een te opereren hartpatiëntje vertoont symptomen van acuut trauma;
- 51% van de ouders zegt een maand na de operatie excessief te piekeren, en
- 26% vertoont dan symptomen van depressie;
- 30% van de ouders heeft een half jaar na de operatie een posttraumatische stressstoornis.

Ook voor het kind is begeleiding van ouders van belang. Zo concludeerde een van de gebruikte studies dat depressieve moeders zich minder goed aan hun zieke baby hechtten. Ander onderzoek uit de studie liet zien dat kinderen van wie de ouders rond de operatie angstig en depressief waren, vijf jaar later vaker gedragsproblemen vertoonden. Maar ook als de klachten van de baby verdwenen zijn is het van belang om erop alert te zijn in hoeverre de ouder in staat is verder te bouwen op de veilige gehechtheidsrelatie; hiervoor is aandacht in de integratiefase van de OKTT.

Ouders met een rustig brein (Struik, 2010) zijn in staat de baby te spiegelen en te leren mentaliseren. In veel gevallen zal dat met een beperkte aansturing lukken. Er is echter ook een groep ouders bij wie dat niet meteen lukt. Die ontdekken dat ze de basale vaardigheden ontberen om een baby dat te leren. Dat kunnen ouders zijn die door een eigen problematiek al extra heftig hebben gereageerd op het trauma van hun baby. Rond zwangerschap, bevalling en ouderschap zijn de meeste mensen op hun kwetsbaarst en voor deze groep gaat het dan dubbel op. In de klinische praktijk werkte ik herhaaldelijk met een ouder die hier tegenaan liep. Het proces van intensief samenwerken rond de behandeling van hun baby maakt het voor zo'n ouder net iets minder moeilijk om tegenover de therapeut te onderkennen en erkennen waar hij of zij tegenaan loopt. De baby doet een beroep op de primaire emoties van de ouder: het leren waarnemen, herkennen, erkennen en reguleren van de emoties van de baby vraagt in wezen van de ouder dat die daartoe ook bij zichzelf in staat is. Voor ouders die hierin niet zo vaardig zijn is deze vraag van de baby een van de meest indringende motivaties om dit vermogen te ontwikkelen: voor je kind heb je alles over! Het is belangrijk dat de therapeut er ook op zo'n moment voor deze ouder is: dt deze hem of haar niet naar huis stuurt met de blijde boodschap dat 'de baby toch weer lekker slaapt' maar de integratiefase invult met extra aanbod.

Levi

De moeder van huilbaby Levi (drie maanden) was erbij toen zijn vader hem uit wanhoop door elkaar schudde. Er was al eerder sprake van geweld tegen de moeder. Ze is met de baby gevlucht en Levi heeft er, voor zover bekend, geen blijvend letsel aan overgehouden. Er is traumabehandeling ingezet voor de baby en voor moeder. Ze neemt nu zelf de zorg op zich en beschrijft dat ze heel blij is dat haar baby weer goed slaapt maar dat ze nu op heel andere belemmeringen stuit. Ze blijft bang om zich te binden aan het kind. Ze kan de ene keer meteen gehoor geven aan een vraag van Levi, maar een andere keer merkt ze dat ze zich bijna bewust afsluit voor zijn huilen. Ze kan erkennen dat ze dat niet goed vindt van zichzelf maar weet er geen wending aan te geven. Ze realiseert zich dat het hier gaat om een oud gevoel bij zichzelf: niet gehoord worden door haar eigen moeder, niet gehoord worden door haar partners, in aanvang op haar hoede voor deze therapeut.

Het gaat hier om thematiek die verweven is met de persoonlijkheid van de moeder, die haar belemmert in haar rol als moeder en die een veilige hechting tussen baby en moeder verstoort. Ouders met een beperkt vermogen tot mentaliseren hebben kenmerken van ouders met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Ouders met borderline kenmerken verliezen het vermogen om te mentaliseren veel sneller dan andere mensen.

Klinische ervaring leert dat OKTT ruimte maakt om het oer-verlangen naar een goede relatie met de baby in te zetten als hefboom voor het herstel van dit vermogen – zowel bij zichzelf als bij de baby. Zo kan de integratiefase van de OKTT ingevuld worden met een methodiek die zich vooral richt op het versterken van het vermogen tot mentaliseren bij de ouder. Vandaaruit kan een therapie gericht op de verwerking van traumatargets van de ouder zelf diepere lagen raken. Binnen Psychotherapeutisch Centrum de Viersprong bestaat al de MBT-P-methodiek:

'We recently started the implementation of a new variant of MBT, i.e. MBT for Parents (MBT-P), a reflective parenting programme for parents with BPD and their infants. This programme focuses on parenting and the parent-child relationship, in particular in parents with BPD, and aims to improve the parent-child relationship by enhancing the capacity for parental reflective functioning, i.e. the capacity of the parents to reflect upon their own and their child's internal mental experience (Slade, 2005). In this way, it is also hoped that infant development can be fostered and the probability of the intergenerational transmission of BPD decrease.' (Nijssens, L., Luyten, P., & Bales, D. L. (2012)

In het MBT-en innovatieteam gaan we onderzoeken in hoeverre MBT-P en OKTT geïntegreerd kunnen worden. Hier ligt een interessante uitdaging!

Samenvatting

In dit artikel wordt beschreven dat ook bij hele jonge baby's traumatische ervaringen hun sporen kunnen nalaten. Hierdoor kan de opbouw van een veilige hechtingsrelatie verstoord raken en de sociaal-emotionele ontwikkeling van de baby stagneren. OuderKindTraumaTherapie (OKTT) biedt goede mogelijkheden voor behandeling waarbij een specifieke aanpak van EMDR wordt ingebed in een integratie van bestaande psychotherapievormen. De klinische praktijk is de belangrijkste basis van deze kennis. Wetenschappelijk onderzoek staat nog in de kinderschoenen.

Met dank aan de ouders van Faye, Eva en Levi

Marianne Went is klinisch psycholoog, psychotherapeut, systeemtherapeut en supervisor (o.a voor de VEN). Zij heeft ruime ervaring met traumabehandeling in de IMH, kinder- en jeugdpsychiatrie en Specialistische GGZ voor volwassenen. Ze geeft workshops en lezingen en publiceert over traumabehandeling bij preverbaal trauma. Ze ontwikkelde de OuderKindTraumaTherapie. Zij werkt in eigen praktijk (SGGZ-volwassenen) en is verbonden aan Psychotherapeutisch centrum De Viersprong, MBT - en innovatieteam locatie Den Bosch. Emailadres: marianne.went@gmail.com

Literatuur

- Anand, K. (1987). Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. (PMID:2879174). *The Lancet*, 1, 8524.
- Beer, R. & de Roos, C. (2017). *Handboek EMDR bij Kinderen en Jongeren*. Houten: Lanno Campus, p. 125-140.
- Grezel, J.E. (2007). *Baby's zijn woordleermachientjes, interview met Anne Cutler*. NEMO Kennislink (nemokennislink.nl), 11 mei 2007.
- Hornsveld, H. & Oude Lohuis, M. (2017). Emotionele lading, arousal en oogbewegingen, *EMDR Magazine 14, jaargang5*, aug, 52-54.
- Hout, M.A. van den, Engelhardt, I.M., Rijkeboer, M.M., e.a. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 92-98.
- Kolk, B. van der (2016). Commentary: the devastating effects of ignoring child maltreatment in psychiatry. A commentary on Teicher and Samson. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57 (3), 267-270.
- Lieberman, A.F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children*. New York: Guilford Press.
- Littel, M. e.a. (2017). Stress enhances the memory-degrading effects of eye movements on emotionally neutral memories. *Clinical Psychological Science*, 5, 3106-324.
- Nijssens, L., Luyten, P. & Bales, D.L. (2012). Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their infants. In N. Midgley & I. Vrouva (eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 79-97). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

- Ogden, P.M.A. & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: one method for processing traumatic memory. *Traumatology*, VI, (3), Article 3
- Otgaar, H.P. (2009). Abducted by a UFO: Prevalence information affects young children's false memories for an implausible event. *Applied Cognitive Psychology* pp. 115-125.
- Peterson, C., Baker-Ward, L. & Grovenstein, T.N. (2016). Childhood remembered: reports of both unique and repeated events. *Memory*, 24, 240-256, doi: 10.1080/09658211.2014.1001991.
- Schore, A.N (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences University of California at Los Angeles School of Medicine. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 7-66.
- Shapiro, F., (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Slater, R. & Moultrie, F. (2017). Improving the treatment of infant pain. *Current opinion in Supportive and Palliative Care*, 11 (2), 112-117.
- Struik, A. (2010). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen*. Lisse: Pearson.
- Struik, A., Dierkx, C. & Pijpers, M. (2016). Traumaverwerkingsverhaal. In A. Struik, *Slapende Honden, wakker maken*, 2^{de} druk, p. 238-266. Lisse: Pearson.
- Teicher, M.H. & Samson, J.A. (2016). Annual research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 241-266.
- Went, M. (2014). Ouder Kind Trauma Therapie (OKTT): een geïntegreerde psychotherapeutische behandeling met EMDR voor kinderen met preverbaal trauma. *De GZ Psycholoog*, maart, 8-24.
- Woolf-King, S.E., Anger, A., Arnlod, A.E., e.a. (2017). Mental health among parents of children with critical congenital heart defects. *Journal of the American Heart Association*, doi: 10.1161/JAHA.116. 004862.