



Vijf vragen aan...

Marja Rexwinkel

In de rubriek ‘Vijf vragen aan...’ wordt een meer of minder bekend VEN-lid aan u voorgesteld.

Tekst: **Rowina de Bas** Foto: **Nienke Hofstede**

Marja Rexwinkel is klinisch psycholoog en *Infant Mental Health* (IMH) specialist. Zij is medeoprichter van OuderKindLijn, een IMH-centrum in Amsterdam. Met haar team behandelt ze (aanstaande) ouders en jonge kinderen in de leeftijd van nul tot zes jaar. Zij schreef met anderen het Handboek *Infant Mental Health*.

Wat is jouw visie op de behandeling van jonge kinderen?

“In mijn werk als IMH-specialist staat de relatie tussen ouders en kind centraal. In de eerste levensmaanden van een kind zien wij de voorlopers van hechting. Deze komen tot uiting in alledaagse patronen zoals voeden, slapen, spelen en tot rust komen. Ouders leren hun baby kennen en gaan betekenis geven aan gedrag, bijvoorbeeld wanneer hun baby huilt (‘Ben je moe? Heb je honger?’...etc.). De ouders fungeren als een ‘psychobiologische’ regulator. De baby leert door deze dagelijkse herhalingen hoe hij of zij wordt getroost en gevoed, en ontwikkelt een verwachtingspatroon. Dit vormt de basis voor hechting. Daniel Stern noemt een optimaal patroon tussen ouders en kind in het eerste levensjaar ‘*the perfect dance*’. Wij werken met ouders en kinderen bij wie die op elkaar afgestemde dans niet ontstaat, zoals bij een kindje dat niet wil eten en bijvoorbeeld wordt ervaren als een kindje dat de moeder pest. De kern van veilige hechting is dat een ouder in staat is om *mismatches* te repareren. Bij ouders met onverwerkt trauma blijkt dat zij dit niet kunnen. Het werken met ouders én kind is essentieel in de behandeling. Een kind is immers de beste cotherapeut die er is, omdat hij of zij de geschiedenis van de ouder-kindrelatie laat zien en omdat een kind zich wil ontwikkelen!”

Op welke manieren kunnen baby's en peuters lijden onder de problemen van hun ouders?

“Als baby's en peuters lijden onder de problemen van hun ouders, blijft het vaak onopgemerkt. Het is ‘stille problematiek’, want de maatschappij heeft er (nog) geen last van. Baby's zijn voor de regulatie van hun fysieke en psychologische processen totaal afhankelijk van hun ouders. Een baby van een moeder met bijvoorbeeld een postpartum depressie ziet geen uitdrukking in haar gezicht. Kijken naar een ‘*still face*’, zoals wij dat noemen, is voor een baby enorm beangstigend, omdat er niets gespiegeld wordt. De baby gaat dan proberen zichzelf te reguleren door bijvoorbeeld naar een lichtbron te kijken of naar de eigen handjes. Kleine kinderen kunnen dat maar heel kort, daarna verliest de baby steeds meer de controle en gaat bijvoorbeeld kwijlen en hikken, en maakt onrustige bewegingen. Sommige baby's sluiten zich uiteindelijk af door te dissociëren. Anderen blijven huilen, ondanks troostend gedrag van de ouder. De moeder gaat zich steeds schuldiger voelen. Zo ontstaat een negatief interactiepatroon tussen ouder en kind.”

“Bij ouders met onverwerkt trauma of verlies zien we dat het gedrag van een baby een trigger kan zijn voor traumatische herbelevingen. Er kan dan een ‘relationeel trauma’ in de ouder-kindrelatie ontstaan. Selma Fraiberg noemde dit een ‘*ghost in the nursery*’. Het is een spook uit het verleden van de ouder, dat geactiveerd wordt door bijvoorbeeld de driftig huilende baby. Het ►

is voor behandelaren die werken met getraumatiseerde volwassenen belangrijk om aandacht te besteden aan ouderschap. Intergenerationele overdracht van problematiek van de ene op de ander generatie kan zo voorkomen, of vroegtijdig behandeld worden.”

In het vorige EMDR Magazine stelde Sander de Vries de volgende vraag aan jou: “Hoe gebruik jij informatie over de gehechtheidrepresentatie van patiënten in de casusconceptualisatie en in de behandeling met EMDR?”

“De meeste ouders zijn gespannen als zij bij ons komen met hun kindje. Zij voelen zich schuldig of hebben de angst het fout te doen. Deze stress activeert hun gehechtheidrepresentatie. Een ouder met vermijdende hechting toont nauwelijks interactie met het kind. Een klampende ouder is juist erg met zijn of haar kind bezig. Bij gedesorganiseerde hechting ontbreekt een bepaald patroon en kun je als behandelaar nauwelijks grip krijgen op wat er in de kamer gebeurt. Met behulp van ouder-kind observaties in de kamer, video-opna-

“Een kind is de beste cotherapeut die er is, omdat hij of zij de geschiedenis van de ouder-kindrelatie laat zien en omdat een kind zich wil ontwikkelen.”

mes en eventuele interviews kom ik tot een hypothese over het gehechtheidgedrag en de invloed daarvan op de ouder-kindrelatie. Ik benoem wat ik observeer in de kamer. Bijvoorbeeld: ‘Het viel me op dat uw kindje zo stil werd, toen u zo overstuur was. Herkent u dat?’ EMDR kan helpen om de connectie tussen het kind en de projectie van ‘het spook uit het verleden’ van de ouder te verbreken, zodat de ouder het reële kind weer ziet en de ouder-kindrelatie kan verbeteren. De target is daarbij de trigger in het gedrag van de baby: het driftige gezicht van de huilende baby, de gesloten mond bij het voeden of een *flashforward* van een gevreesde ramp die met het kind zou kunnen gebeuren. Als er

vervolgens traumabehandeling nodig is, verwijzen we de ouder door naar Volwassenenzorg.”

Kun je een praktijkvoorbeeld geven van EMDR met als doel de ouder-kindrelatie te verbeteren?

“Er was bijvoorbeeld een ouderpaar met een dochtertje van negen maanden dat weigerde om voedsel te eten. De kinderarts, waar deze kinderen vaak eerst naar verwezen worden, vond geen medische oorzaak en verwees de ouders en het kindje door naar ons centrum. Tijdens de behandeling merkte ik dat de moeder erg gepreoccupeerd was met de angst dat haar kindje zou stikken. Zij gaf haar baby alleen maar vloeibaar voedsel en durfde niet over te stappen op vast voedsel. De vader wilde dit wel, maar de moeder liet niet toe dat hij het kindje voedde. Ik begin vaak met psycho-educatie, bijvoorbeeld aan de hand van de *Circle of Security*. Deze cirkel vanuit twee handen staat voor de veilige basis van waaruit het kindje ‘de wereld kan ontdekken’ en waarnaar hij of zij weer kan terugkeren om troost of bescherming te zoeken als dat nodig is. Aan deze ouders legde ik uit dat de vader hun kindje graag nieuw voedsel wil laten ontdekken en dat de moeder dit nog niet durft, uit angst dat haar kindje stikt en dood gaat. Hun kindje reageert op alle spanning door eten te weigeren. Vervolgens heb ik de moeder EMDR aangeboden gericht op de *flashforward* van haar stikkende kindje. Dit beeld gaf haar veel spanning. Tijdens de associatieketen kwam een herinnering op van een ingrijpende gebeurtenis op tienjarige leeftijd, waarbij zij zelf bijna stikte in een stukje appel. Zij zag dat haar moeder, verlamd van angst, in de gang stond en ‘ze gaat dood’ riep. Dit gaf haar de machteloze ervaring dat haar moeder niets deed, terwijl zijzelf veiligheid en hulp zocht. Door deze associatieketen tijdens de EMDR nam de intensiteit van het beeld af en daalde de SUD. Uiteindelijk leidde dit er toe dat deze moeder de ‘*ghost in the nursery*’ kon ontkoppelen van haar kindje en ze toch vast voedsel aan dit kindje durfde geven.”

Wie wil je de volgende keer aan het woord laten in deze rubriek en wat is je vraag?

“Alfons Crijnen. Hij werkt als kinder- en jeugdpsychiater bij de Opvoedpoli en bij de Waag, een forensische GGZ-instelling. Ik wil hem vragen hoe hij omgaat met het spanningsveld tussen enerzijds de vroege traumatisering en anderzijds de realiteit van het gepleegde delict van zijn patiënten die vaak dader en slachtoffer tegelijkertijd zijn.” ■