



Universiteit Gent

Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

Academiejaar 2008-2009

Autisme als reactie op trauma in de vroege ik-ontwikkeling.

Een literatuurstudie geïnspireerd door de Tavistock Autism Workshop.

Promotor: Prof. Dr. P. Verhaeghe

Begeleidster: J. De Ganck

Masterproef ingediend tot het behalen
van de graad van master in de pedagogische wetenschappen,
afstudeerrichting orthopedagogiek

Karen Sucaet

200429931

1. DE VROEGE AUTISTISCHE OBJECTRELATIONELE ONTWIKKELING **8**

1.1. ALGEMENE THESE VAN TUSTIN	8
1.2. THESE GAAT TERUG OP DE PSYCHODYNAMISCHE VISIE VAN MAHLER	9
1.2.1. 'OVER-CLOSE' SYMBIOSE (TUSTIN, 1994)	11
1.2.1.1. De gezonde symbiose	12
1.2.1.2. Moeilijk loskomen uit de symbiose kan leiden tot een 'over-close' symbiose	12
1.2.1.3. Minder besef van gescheidenheid	14
1.2.2. PREMATURE PSYCHOLOGISCHE GEBOORTE	15
1.2.2.1. De gezonde psychologische geboorte	17
1.2.2.2. Transitioneel object ter ondersteuning van het besef van gescheidenheid versus het autistisch object ter ontkenning van gescheidenheid	19
1.2.2.3. De vroege triangulatie	20

2. AUTISME ALS DEFENSIE NA TRAUMA **22**

2.1. DEFENSIEVE REACTIES OP TRAUMA BIJ PASGEBORENEN	22
2.2. TRAUMA ALS BEDREIGING VOOR 'GOING-ON-BEING'	24
2.3. AUTISME ALS INFANTIELE VORM VAN EEN POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS	25
2.4. TRAUMA BRENGT EEN ONDERLIGGENDE KWETSBAARHEID AAN DE OPPERVLAKTE	28
2.4.1. GENETISCHE OF BIOLOGISCHE PREDISPOSITIE	28
2.4.2. DE BIOLOGISCHE OF GENETISCHE PREDISPOSITIE KOMT TOT UITING	29
2.5. AUTISME ALS PROTECTIEVE REACTIE OP EEN TRAUMA	30
2.5.1. BESCHERMING TEGEN DE BEWUSTE ERVARING VAN TRAUMA	30
2.5.2. AFSLUITING VAN DE BUITENWERELD ALS BESCHERMING TEGEN GELIJKAARDIGE TRAUMA'S	31
2.5.2.1. Zelfstimulatie	31
2.5.2.2. (Autistische) objectmanipulatie	32
2.5.2.3. Autistische patronen : 'autistic shapes'	33
2.6. STOP VAN DE PSYCHISCHE ONTWIKKELING: REM OP DE SYMBOLISATIE	33

<u>3.</u>	<u>AFFECTDISREGULATIE ALS RISICOFACOR EN ALS GEVOLG NA TRAUMA</u>	35
3.1.	OVERSPOELING VAN NEGATIEVE AFFECTEN PREDISPONEERT TOT DE ONTWIKKELING VAN PSYHOPATHOLOGIE	35
3.2.	VAN ADAPTIEVE NAAR DEFENSIEVE REGULATIEMECHANISMEN	36
3.3.	VAN INTERPSYCHISCHE NAAR INTRAPSYCHISCHE REGULATIE	37
3.3.1.	NIET KOMEN TOT GEDIFFERENTIEERDE AFFECTEN	38
3.3.2.	CONTINGENT SPIEGELEN: 'A PHYSICAL AGENT', MAAR GEEN 'SOCIAL AGENT'	40
3.3.3.	HET ONTBREKEN VAN CONGRUENT EN GEMARKEERD SPIEGELEN	41
3.3.4.	NIET KOMEN TOT (ADEQUATE) ZELFREGULATIE	44
3.4.	INSTORTING VAN HET MENTALISATIEVERMOGEN NA TRAUMA: GEEN ' INTENTIONAL AGENT'	46
3.5.	RISICO OP LOSLATEN VAN GEHECHTHEID	49
3.6.	AUTISME: 'OVER-AROUSAL' OF 'SHUT-DOWN'?	49
<u>4.</u>	<u>ALGEMENE CONCLUSIE</u>	53

VOORWOORD

Deze masterproef kon niet tot stand gekomen zijn zonder de bijdrage van een aantal mensen. Een woord van dank is hier dus op zijn plaats.

Ik bedank mijn promotor Prof. Dr. Paul Verhaeghe om mij de kans te geven mijn eigen onderwerp verder uit te werken in de vorm van deze masterproef. Ik bedank ook mijn begeleidster Julie De Ganck voor de externe sturing bij het schrijven van mijn masterproef, alsook voor haar goedlachsheid.

Ook wil ik mijn dank betuigen aan mijn tante voor het mee afbakenen van mijn onderwerp, voor het aanreiken van interessante psychodynamische literatuur en voor haar waardevolle opmerkingen.

Verder betuig ik ook nog dank aan Jean-Paul Andries voor het uitkiezen van interessante literatuur, mijn oudste zus voor het helpen zoeken naar de juiste woorden en het zetten van de puntjes op de 'i' en mijn jongste zus voor het verzorgen van de lay-out. Een speciaal woordje van dank aan mijn moeder om mij te ontlasten van allerlei andere taken zodat ik mij steeds voor de volle honderd procent kon focussen op mijn masterproef.

Tevens wil ik ook nog medelen dat de APA 5.0 aanwijzingen in dit werk als richtsnoer gevolgd worden.

INLEIDING

Men kan ervan uitgaan dat kinderen die autistisch gedrag stellen niet allen dezelfde ontwikkelingslijnen op eenzelfde wijze doorlopen, maar zich eerder volgens verschillende 'pathways' ontwikkelen. Autisme wordt vaak enkel beschouwd als een zuiver genetisch of organisch *defect*, dat zich vanaf de geboorte manifesteert in het functioneren van het jonge kind. Deze groep van kinderen met autisme, waarbij neurologische oorzaken als primaire oorzaak aangetoond wordt, vormt niet de focus van deze masterproef. Autisme als *defensie* echter wel. Autisme kan namelijk ook voorkomen als poging om zich te beschermen tegen trauma op zeer jonge leeftijd (Tustin, 1994; Alvarez, 1992; Fraiberg 1987). Dan nog ligt een genetische of biologische predispositie ook aan de grondslag van een ontwikkeling tot autisme. In het tweede hoofdstuk gaan we hier verder op in. Hoe (cumulatief) trauma tot stand komt en hoe het zeer jonge kind daarop kan reageren, komt in deze masterproef aan bod.

Kanner (1973 [1943]) was de eerste die beschreef wat hij verstond onder autisme. Zijn beschrijving wijst op wat we nu kernautisme zouden noemen. Dit is een ernstige vorm van autisme die hij beschreef aan de hand van volgende symptomen.

a) In extreme mate in zichzelf gekeerd zijn en zich afsluiten van de buitenwereld ('*aloneness*') – Kanner (1973 [1943]) benadrukte dat personen met autisme enkel een relatie met objecten kunnen aangaan, niet met mensen. Kinderen met kernautisme missen echter de capaciteit en de wil om menselijk contact aan te gaan. Het contact dat deze kinderen hebben met mensen wordt vaak enkel aangewend in functie van bevrediging van hun behoeften. Emotionele isolatie kan daarvan het gevolg zijn. Ook hebben deze kinderen geen empathie, geen inlevingsvermogen in de emoties van zichzelf en van anderen.

b) Moeilijkheden met taal – Taal is bij kinderen met kernautisme soms onbestaand, maar kan ook repetitief zijn. Ze hebben problemen met de pragmatiek, het gebruik van taal in sociale contexten. Wanneer zij taal gebruiken, is dit niet in functie van communicatie, maar wel in functie van de sensaties die bij het gebruiken van taal ontstaan of ter ontkenning/vermijding van de zelf-anderdifferentiatie (infra). Doofheid werd vaak als verklaring gegeven als het kind moeilijkheden vertoonde betreffende de taalontwikkeling (Frith, 1996).

c) Moeilijkheden met het gebruik van symbolen en het vertonen van stereotiep, repetitief gedrag ('sameness') – Kinderen met kernautisme leven in hun eigen veilig wereldje, gecreëerd door stereotiep gedrag. Al wie of al wat dat verstoort, roept angst, paniek en zelfs woede op. Fantasiespel kan onbestaand zijn of eerder heel star en dus obsessief in plaats van symbolisch (Haag et al., 2005; Edwards & Lanyado, 1999).

Later is men de groep van kinderen met autisme gaan uitbreiden naar kinderen met mildere vormen van autisme. In de DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994) spreekt men nu van autismspectrumstoornis (ASS). ASS is een pervasieve¹ ontwikkelingsstoornis, die zich kenmerkt door kwalitatieve beperkingen in wederzijdse sociale interacties, kwalitatieve beperkingen in verbale en nonverbale communicatie en in de verbeeldingskracht. We vinden hier een onderscheid met kernautisme in de mate van ernst van de symptomen (Frith, 1996).

Zowel kinderen met kernautisme als kinderen met een autismspectrumstoornis kunnen autisme als defensie na trauma vertonen. De gedragskenmerken van autisme en hun functie als defensiemechanisme komen aan bod in het tweede en het derde hoofdstuk.

Deze masterproef werd aanvankelijk geïnspireerd door het gedachtegoed van de Tavistock Autism Workshop. Deze is opgericht door Susan Reid in 1986 en Anne Alvarez werd medeoprichtster in 1990. Deze Workshop werd opgericht om steun te kunnen bieden aan kinderpsychotherapeuten die in contact komen met kinderen die autistisch gedrag stellen. De auteurs zijn gestart met een onderzoek om te kijken naar de mate en de aard van verandering van autistisch gedrag doorheen psychotherapie. Deze Workshop heeft geleid tot verschillende onderzoeksprojecten en (inter)nationale debatten, waaruit verscheidene publicaties gegroeid zijn. Deze Workshop werd georganiseerd vanuit de Tavistock Clinic te Londen. Dit nationaal gezondheidscentrum werd opgericht in 1920 en is nu gefusioneerd met de Portman Clinic. Ze hebben een klinische praktijk alsook postgraduaatopleidingen en academische cursussen (Alvarez & Reid, 1999).

De algemene these van Tustin (1994) betreffende autisme vormde het vertrekpunt van deze masterproef. Verder komt het gedachtegoed van de Tavistock Autism Workshop aan bod in de samensmelting van psychoanalytische en ontwikkelingspsychologische inzichten. Psychoanalytici gaan via observatie van interpersoonlijke relaties kijken naar de kwaliteit van de ouder-kindinteractie en van de innerlijke wereld van het kind (Barrows, 2008). Ze zijn er namelijk van overtuigd dat een heel vroeg gestoorde interactie tussen moeder en kind bepalend kan zijn voor latere ernstige psychopathologie. Ontwikkelingsgericht onderzoek

¹ Pervasief duidt op het doordringen in alle ontwikkelingsgebieden (Schmeets & Schut, p. 12).

leert ons veel bij over de normale vroege objectrelationele ontwikkeling. Voornamelijk babyobservaties leren ons kijken naar de affectieve en relationele ontwikkeling in de eerste levensjaren (Vliegen & Leroy, 2001). Esther Bick (1964 in Vliegen & Leroy, 2001) introduceerde vanaf 1948 babyobservatie als onderdeel binnen de opleiding analytische kinderpsychotherapie aan de Tavistock Clinic.

“Het gereconstrueerde kind uit de kinderanalyse wordt gefundeerd en bijgestuurd aan de hand van het geobserveerde kind en vice versa.” (Vliegen & Leroy, 2001, p. 22)

Theoretische concepten worden zo gekoppeld aan klinische praktijkervaringen. De Tavistock Autism Workshop combineert eveneens observatie, onderzoek en theorie. In deze masterproef wordt veel verwezen naar Tustin omdat zij lid was van de Tavistock Autism Workshop en omdat zij als eerste keek naar psychische processen bij kinderen met autisme (Alvarez & Reid, 1999).

Naarmate deze masterproef verder vorm kreeg, werden ook andere Britse psychoanalytici vanuit andere scholen (bijvoorbeeld Fonagy van het Anna Freud Centrum) betrokken omwille van hun interessante theoretische bevindingen. Deze masterproef werd dus niet enkel en alleen geïnspireerd vanuit de Tavistock Autism Workshop. Heel af en toe zal de lezer ook een korte verwijzing naar Lacaniaans gedachtegoed terugvinden. Veel meer interessante inzichten zouden kunnen toegevoegd worden vanuit Lacaniaanse theorieën, doch acht ik dit materie voor een volgende masterproef.

1. De vroege autistische objectrelationele ontwikkeling

De objectrelationele ontwikkeling van een kind kan vastlopen door zowel onderliggende conflicten als traumatische ervaringen (Vliegen & Leroy, 2001). We beperken ons in deze masterproef tot die gevallen waarin autisme als reactie op trauma in de vroege objectrelationele ontwikkeling voorkomt (Tustin, 1994; Alvarez & Reid, 1999). Kinderen met deze vorm van autisme kunnen en willen niet meer in relatie treden met anderen. Trauma beïnvloedde de kijk op het zelf, op de ander en op de relatie met de ander.

Tijdens de psychische ontwikkeling creëert een kind zelf- en objectrepresentaties, namelijk intrapsychische beelden die het kind over zichzelf en over anderen verwerft, alsook representaties van hun relatie met anderen. Deze beelden van het zelf, de objecten² en objectrelaties worden op basis van ervaringen in de eerste levensjaren gevormd en zijn bijgevolg affectief gekleurd. Innerlijke representaties bepalen hoe het kind zichzelf ziet, hoe het anderen ziet en hoe het met die anderen in relatie zal treden. Een objectrelatie is in sterke mate ontwikkeld wanneer het kind binnen een relatie het besef van gescheidenheid kan verdragen (Smorenburg, van der Mast & de Jonghe, 1994).

1.1. Algemene these van Tustin

Frances Tustin is een pionier in het nadenken over persoonsontwikkeling en ernstige pathologie. Zij was voornamelijk geïnteresseerd in psychose en autisme.

De subgroep, waarin autisme beschouwd wordt als defensie na trauma, wordt zowel door Tustin (1994) als door Reid (1999) besproken. Meer specifiek benoemt Reid (1999) deze subgroep als kinderen met een 'Autistic Post-Traumatic Developmental Disorder' (APTDD).

'Autistic Post-Traumatic Developmental Disorder' kenmerkt zich door een ontwikkelingsvertraging ten gevolge van traumatische ervaringen in de eerste twee levensjaren van het kind. Reid (1999) geeft een opsomming van mogelijke traumatische ervaringen:

- actuele gebeurtenissen in de fysieke omgeving die objectief erkend worden als traumatiserend (bijvoorbeeld seksueel misbruik)
- actuele gebeurtenissen in de interpersoonlijke relaties die erkend worden als traumatiserend voor elk kind (bijvoorbeeld emotionele verwaarlozing)

² Met het begrip objecten wordt personen bedoeld.

- traumatiserende responsen op gebeurtenissen die in het algemeen erkend worden als slechts tijdelijk traumatiserend of verstorend (bijvoorbeeld de geboorte van een zus)
- trauma's die voortkomen uit de ervaringen van de ouders of zelfs in deze van de generatie van de grootouders (bijvoorbeeld de dood van de eigen ouders) (Maerevoet, 2004, pp. 32-40).

Tustin (1994) omschrijft autisme als een protectieve reactie, die ontstaat om het hoofd te bieden aan stress en spanning, geassocieerd met trauma op imaginair niveau op zeer jonge leeftijd. Trauma bestaat niet noodzakelijk uit reële traumatische gebeurtenissen. Het bestaat echter wel op het niveau van de beleving. De baby gaat zich beschermen tegen de bewuste ervaring van trauma alsook tegen gelijkaardige levensbedreigende ervaringen. Dit brengt een stop op de psychische ontwikkeling met zich mee.

“Psychological study of such states is difficult, for they are pre-verbal and pre-conceptual. Communication about them has to be by means of metaphor and analogy and these inevitably distort the original experience.” (Tustin, 1992, p. 99)

Tustin (1994) beschrijft trauma als het gevoel een ledemaat verloren te hebben als gevolg van het besef gescheiden te zijn van de moeder. Dit gevoel treedt op wanneer de baby nog in een illusie van eenheid leeft met zijn/haar moeder. Bijgevolg voelt de baby als het ware een gat in zijn/haar eigen lichaam. Het besef van gescheidenheid wordt echter aan de baby opgedrongen wanneer deze daar nog niet klaar voor is. Met deze metafoer toont Tustin aan dat de beleving van de traumatische scheiding van de moeder teruggaat tot het lichamelijke. De baby is nog een ‘body ego’ (Freud, 1923 in Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Dit wil zeggen dat alle ervaringen geworteld zitten in het lichaam en dat de baby zo alles aan den lijve ondervindt.

Later in deze masterproef zien we dat cumulatief trauma (Kahn, 1963) een concrete invulling kan geven aan de metafoer van Tustin.

1.2. These gaat terug op de psychodynamische visie van Mahler

Tustins these doet denken aan Mahlers (1986, in Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006) idee betreffende een problematische ontwikkeling, waarbij één van de intrapsychische ontwikkelingen, separatie in samenhang met individuatie, vertraagd of voortijdig ontwikkeld is. Het kan zijn dat een symbiotische moeder interfereert met het streven naar individuatie van het kind. Dan is het besef van zelf-anderdifferentiatie vertraagd. Er kan ook sprake zijn

van een noodgedwongen separatie wanneer er nog geen individuatie en bijgevolg nog geen intern regulerende copingsmechanismen ontwikkeld zijn. Dit leidt tot een ondraaglijk besef van gescheidenheid (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006, p. 24).

Gedurende het separatie-indivuatieproces leert het kind omgaan met het besef gescheiden te zijn in relatie tot anderen. Het betreft het gevoel eigen te zijn in verbondenheid met anderen. De twee intrapsychische processen, separatie en individuatie, ontwikkelen zich complementair en zijn als het ware met elkaar verweven. Onder separatie verstaat men het loskomen van het kind uit de symbiotische eenheid met de moeder en het ontwikkelen van een besef van gescheidenheid tussen het zelf en de anderen. Indivuatie houdt het verwerven van autonomie in, het verwerven van individuele karakteristieken en het ontwikkelen van intern regulerende copingsmechanismen. Indivuatie gaat gepaard met het ontwikkelen van cognitieve, perceptuele en affectieve functies (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006, p. 24).

We bakenen de eerste blauwdruk van het eigenlijke separatie-indivuatieproces af vanaf 4 à 5 maanden tot 30 à 36 maanden. Het is de eerste keer dat het kind in relatie treedt met de een ander en kan experimenteren met verbondenheid en eigenheid. Dit vormt een eerste gevoel van identiteit. In volgende relaties krijgt het kind nog meer kansen om te oefenen in het vinden van een evenwicht tussen verbondenheid en autonomie (Mahler, Pine & Bergman, 2000).

Mahler (1972) laat het vertrekpunt van het separatie-indivuatieproces overeenstemmen met de psychologische geboorte van het kind na een fase van symbiotische eenheid met de moeder. Nadien volgen de verschillende fasen: de differentiatiefase (4 à 5m tot 9 à 10m), de practiseringsfase (10 à 12 tot 16 à 18m) en de toenaderingsfase (15m tot 24m). Deze worden afgesloten met de fase op weg naar objectconstantie (24m tot 36m), hetgeen het kind in staat stelt een innerlijke representatie van zijn/haar moeder aan te wenden bij fysische afwezigheid van de moeder. Objectconstantie verwijst ook naar het gehecht blijven aan de moeder wanneer dit frustrerend is (A. Freud, 1968 in Cluckers, 1994).

De verschillende fasen beïnvloeden elkaar. Als bijvoorbeeld de symbiotische fase verstoord is, kan de differentiatie zeer vroeg of net zeer laat plaatsvinden (Mahler, 1972).

De verdeling in subfasen wijst op het doorlopen van een prototype 'pathway'. Toch kunnen deze fasen zich naargelang het individu anders manifesteren. Zo kan trauma een invloed hebben op het verloop van het separatie-indivuatieproces. Ook een constitutionele kwetsbaarheid bij het kind en de kwaliteit van de moeder-kindinteractie beïnvloeden dit proces (Mahler, Pine & Bergman, 2000). Dit wordt verder uitgewerkt wanneer we het hebben over het moeilijk loskomen uit de symbiotische eenheid.

Tustin (1994) beschouwt autisme als een 'two-stage illness'. Daarmee duidt Tustin op het voorkomen van problemen in een eerste fase, alsook in een tweede fase. Tustin (1992, 1994) refereert daarvoor naar de ontwikkelingsstadia volgens Mahler (2000). In wat volgt, beschrijven we deze pathologische, autistische stadia volgens Tustin en maken we telkens een vergelijking met de normale stadia volgens Mahler.

1.2.1. 'Over-close' symbiose (Tustin, 1994)

Autistische baby's bevinden zich in een pathologische symbiose met hun moeder. Deze is zodanig intens dat de baby's het moeilijk hebben de illusie één te zijn met hun moeder los te laten (Tustin, 1994). Autistische baby's leven in een fusionele toestand met hun moeder, waarbij ze de illusie hebben dezelfde sensaties te voelen als de moeder (Allaert, 1996, p. 31). Dit geeft hen het gevoel te bestaan (Tustin, 1994).

"They feel equated, that is, they feel 'at one' with a mother who is experienced as a sensation part of their body. They feel stuck to this 'sensation mother' as if there is no space between them. I call this 'adhesive-at-oneness' or 'adhesive equation'." (Tustin, 1994, p. 111)

Tustin beschrijft deze fusionele toestand aan de hand van het tepel-tong metafoor. Baby's hebben aangeboren tepelzoekende patronen. Wanneer zo'n aangeboren patroon met een correspondent in de buitenwereld (de tepel) samenvalt, wordt een illusie gecreëerd dat alles synoniem en continue is met het eigen lichaam. Er is dus geen duidelijke differentiatie tussen de mond van de baby en de tepel van de moederborst (Barrows, 2008, pp. 55-57).

Als moeders en baby's elkaars sensaties ervaren als hun eigen sensaties, spreken we van pathologische empathie. Een normale vorm van empathie is het zich kunnen inleven in de gevoelens van anderen en deze gevoelens eveneens kunnen onderscheiden van de eigen gevoelens. Dit komt tot stand wanneer de symbiose gevolgd wordt door separatie en er dus enige vorm van zelf-anderdifferentiatie is. Het gebrek aan een normale vorm van inlevingsvermogen is kenmerkend voor kinderen met autisme. In een 'over-close' symbiose wordt de ontwikkeling van normale empathie geblokkeerd (Tustin, 1994, p. 112).

"Putting themselves in someone else's shoes might feel like losing any sense of their own identity." (Barrows, 2008, p. 164)

1.2.1.1. De gezonde symbiose

De 'over-close' symbiose is een pathologische vorm van de gezonde symbiose (Mahler, 1972).

Een symbiose is een heel innige wederzijdse relatievorm tussen moeder en baby in de eerste zes maanden. Kenmerkend is dat de baby in deze fase de moeder niet als een zelfstandig wezen ervaart, maar als een deel van zichzelf. Moeder en baby worden aanvankelijk ervaren als één. Dit gevoel ontstaat wanneer de baby de illusie heeft de moeder volledig onder controle te hebben. Hij/zij uit zijn/haar behoeften waarop de moeder sensitief en responsief reageert. De baby krijgt een gevoel van illusoire onnipotentie; alles is mijn kunnen, dus heb ik controle over alles (Vliegen & Leroy, 2001).

Een baby is voor zijn/haar overleving oorspronkelijk volledig afhankelijk van zijn/haar ouders, voornamelijk van de moeder (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006, p. 15). Binnen de symbiotische fase gaat de baby zich dan ook sterker richten tot de moeder. Oogcontact dat specifiek gericht is tot anderen en de sociale glimlach maken deel uit van dit proces. De sociale glimlach, die tot stand komt rond twee maanden, is een glimlach met een voorkeur voor de moeder. Het is het teken dat een moeder-baby eenheid ontstaan is, maar ook dat er een begin is van differentiatie, een besef van 'otherness'. De baby kan nu een onderscheid maken tussen moeder en anderen, tussen het gelaat van moeder en het gelaat van anderen. De baby weet bijgevolg wie zijn/haar moeder is en wie niet. Autistische baby's vertonen geen gericht oogcontact, alsook geen sociale glimlach.

Ook de moeder zal in de periode na de geboorte zich sterker richten tot haar baby. Ze tracht zich in te leven in de noden van haar baby en identificeert zich als het ware met haar baby (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006). Verschillende termen verwijzen naar deze hoge sensitiviteit van de moeder ten aanzien van de behoeften van haar baby: 'primary maternal preoccupation' van Winicott (1990), 'reverie' van Bion (1998 in Dehing, 1998) en 'motherhood constellation' van Stern (1998, in Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006).

1.2.1.2. Moeilijk loskomen uit de symbiose kan leiden tot een 'over-close' symbiose

In een 'over-close' symbiose zijn baby en moeder als het ware verstrengeld in elkaar. In zo'n symbiose vervult niet enkel de moeder de behoeften van haar baby, maar vervult de baby ook de behoeften van zijn/haar moeder. Het loskomen uit de symbiose wordt geblokkeerd waardoor de vorming van een 'over-close' symbiose gestimuleerd wordt.

Een baby, die zijn/haar eigen lichaam moeilijk kan differentiëren van het lichaam van zijn/haar moeder, zal moeilijk uit die versmolten relatie met haar groeien. Omwille van een constitutionele kwetsbaarheid, een ziekte of een fysieke handicap, kan de baby als het ware gedwongen worden om zich in de nabijheid van de moeder te begeven (Tustin, 1994, pp. 106-107).

Factoren die eerder met de psyche van de moeder te maken hebben, zorgen ervoor dat de baby onvoldoende kansen krijgt om een eigen identiteit te ontwikkelen. Zo kan de moeder gepreoccupeerd zijn met haar eigen problemen, waarmee ze tijdens de zwangerschap of kort na de geboorte kampt. De moeder beschouwt haar kind dan als een bron van steun en troost (Tustin, 1992). De moeder klampt zich bijgevolg vast aan de baby alsof haar baby een deel van haar eigen lichaam is. Joyce Mc Dougall (1986, 1989 in Allaert, 1996) beweert dat sommige moeders onbewust hun baby gebruiken om het 'gat' van hun leegte en eenzaamheid op te vullen. Mc Dougall noemt de baby 'a cork child'. Hij/zij is als het ware de kurk die het gat afsluit.

Ook het verwerken van oude conflicten uit de eigen kindertijd vraagt veel energie van de moeder, alsook van de baby waardoor hij/zij zijn energie niet kan gebruiken bij het loskomen uit de symbiotische eenheid.

“Racamier (1992) beschrijft de situatie als volgt: eerst is er een Ik dat weigert een psychische arbeid te verrichten zoals bijvoorbeeld een rouw, of dat weigert een conflict op te lossen. Vermits belangrijk psychisch werk nooit verloren gaat, zal de mentalisering door een ander Ik volbracht moeten worden. In een volgende generatie wordt het werk of het conflict, dat in de persoon onvoltooid gebleven is, op een ander geprojecteerd. Natuurlijk ondergaat de geprojecteerde problematiek veranderingen en vervormingen die het voor de andere onmogelijk maken die 'erfenis' te begrijpen en psychisch te verwerken. Hij kan zich alleen maar verdedigen door symptomen te ontwikkelen.” (Vliegen & Leroy, 2001, p. 46)

Fraiberg (1987) heeft het over 'ghosts in the nursery' wanneer onbewust materiaal van het verleden van de ouder opnieuw geactiveerd wordt in de huidige interactie met de baby. De inhoud van dat materiaal is afhankelijk van de levensgeschiedenis van de ouder. Iedere ouder heeft onverwerkte, onaangename ervaringen uit zijn jeugd die als spoken ronddwalen in de babykamer. Wanneer de ouder zichzelf als goed genoeg ervaart en bij anderen terecht kan, verdwijnen deze echter uit de babykamer. Wanneer ouders zich niet goed genoeg voelen en met dit gevoel bij niemand terecht kunnen, gaan de spoken de huidige moeder-babyinteractie en vervolgens de psychische ontwikkeling van de baby negatief beïnvloeden (van der Pas, 2007, p.5).

Bij gebrekkig reflectief functioneren van de ouder is er een grotere kans dat de spoken uit het verleden een invloed zullen hebben op de huidige moeder-babyinteractie (van der Pas, 2007). Een gezond reflectief functioneren vormt echter een protectieve factor in de moeder-babyinteractie en bijgevolg in het separatie-individuatieproces. Gezond reflectief functioneren stemt overeen met wat Meins (1997) 'mind-mindedness' noemt. De moeder kan in haar eigen 'mind' nadenken over de 'mind' van haar baby. Ze denkt vanuit het standpunt van haar baby en behandelt haar baby als een gescheiden individu met eigen wensen, gedachten en behoeften. Zo koppelt ze de spoken van het verleden niet aan haar baby.

“She could not hold the baby securely in her mind. She could not imagine the baby being active in the outside world. It was as though she blacked out the baby’s separate active existence.” (Tustin, 1994, p. 107)

““Holding the child in memory” actually gets translated into a parent-child dialogue that leaves the child feeling recognized and cohesive.” (Lyons-Ruth, 2003, p. 899)

Het moeilijk loskomen uit de symbiose met de moeder kan leiden tot een 'over-close' symbiose. In een 'over-close' symbiose is de grens van gescheidenheid tussen moeder en baby minder duidelijk.

1.2.1.3. Minder besef van gescheidenheid

Tijdens de symbiotische fase beginnen baby's zich reeds te differentiëren van de ander. Zij ervaren momenten van minder en meer gescheidenheid. Een overzicht van onderzoek (Stern, 1985; Trevarthen, 1977; Brazelton, Koslowski & Main, 1974; Wolf, 1959; Fantz, 1961), waaruit blijkt dat baby's cognitieve en responsieve wezens zijn en dus in staat te differentiëren, wordt beschreven in Barrows (2008) en in Mahler (1972).

Daarentegen leven baby's met autisme in een ware illusie van eenheid met hun moeder. Als defensie na trauma kunnen de competenties, die een besef van gescheidenheid initiëren, afgestompt worden of gestopt worden in hun ontwikkeling (Barrows, 2008, p. 2). Autistische baby's kennen geen afwisselingen tussen meer en minder besef van gescheidenheid, die hen voorbereiden op een besef van gescheidenheid dat draaglijk is.

1.2.2. Premature psychologische geboorte

Bij kinderen met autisme spreekt men van een premature psychologische geboorte (Tustin, 1981). Dit wil zeggen dat de separatie voortijdig plaatsvindt, wanneer het kind onvoldoende geïndividueerd is. De premature psychologische geboorte blokkeert de verdere ontwikkeling tot individuatie.

Doordat het kind zich in de 'over-close' symbiose één voelt met de moeder en haar ook ervaart als een deel van het zelf, spreken we bij zo'n abrupte noodgedwongen separatie niet enkel van objectverlies, maar ook van verlies van een deel van het subject (Allaert, 1996). Dit brengt annihilatieangst met zich mee. Dit is een overweldigende angst van een heel elementair type waarbij het bestaansgevoel in het gedrang komt (Tustin, 1994). Een kind met autisme zal dit verlies proberen te ontkennen om zo te ontsnappen aan die angsten (Barrows, 2008, p. 15). Dit leidt tot een volledige afsluiting van de buitenwereld.

De zelf-anderdifferentiatie is grondig verstoord doordat de ontmoeting met de ander traumatisch was. Het besef van gescheidenheid wordt zoveel mogelijk vermeden of de ervaringen van iets van buitenaf worden ondergebracht in het eigen ik. Een voorbeeld vinden we in echolalie. Andermans woorden worden door het kind met autisme als defensie niet beschouwd als 'iemand zegt iets tegen mij'. Het kind zal andermans woorden echter proberen om te buigen naar iets van het zelf. Dit doet het kind door deze woorden te herhalen en ze dus uit eigen mond te laten komen (Alvarez & Reid, 1999).

We hebben ons voornamelijk gebaseerd op de inzichten van Tustin. Er zijn echter nog anderen die deze elementaire verlieservaringen beschreven hebben. Winnicott (1990) noemde dit 'psychotic depression', Bibring (1953, in Tustin, 1992) verwees naar 'primal depression' en Bion (1967, in Tustin, 1992) naar 'psychological catastrophe'.

Hoe komt het nu dat deze abrupte separatie zich voordoet? Eén van de interpretaties wordt beschreven door Mahler, Pine en Bergman (2000).

"Differentiation in some infants seems to be precipitated by precocious activation of fragments of the pre-ego, or of ego nuclei³, beginning in the symbiotic phase. This nuclear pre-ego precocity may manifest itself in hypersensitivity in a certain limited area of sensoriperceptive modality. It may create hyperacusis, startling at noises, or visual hyperalertness, as well as very early gustatory hypersensitivity or oversensitivity to touch. This premature differentiation of a fragment, creates an unevenness that hinders, rather than promotes structuralization and integration of the

³ De ego nuclei worden samen geïntegreerd tot het ego.

ego as a cohesive structure. The more abruptly, suddenly and prematurely the infant becomes aware of the external world beyond the symbiotic orbit, through such a fragment of pre-ego precocity, the more difficult it seems to become for him to ward off fear of early symbiotic object loss. The early differentiation and early specific attachment is triggered by his hyperalertness. (Mahler, Pine & Bergman, 2000, pp. 204-206)

Ook Reid (1999) verwijst naar een zekere hypersensitiviteit bij kinderen met autisme (infra).

De gevoelens van gemis en verlies overschaduwden de gevoelens van nieuwsgierigheid en verwondering naar anderen toe. Doordat de baby nog een immatuur wezen is en hij/zij nog niet beschikt over een volledig ontwikkeld zelf, moet de baby beroep doen op zijn/haar omgeving om zo'n schokkende gebeurtenis te verwerken. Een baby heeft ouders nodig die zijn/haar negatieve gevoelens kunnen 'containen' (Bion in Dehing, 1998). De ouders nemen als het ware de onlustvolle gevoelens van de baby in zich op, trachten die te interpreteren en terug te geven aan de baby in een te verdragen vorm. Als deze ouders ook niet de hulp kunnen bieden die hun baby vraagt en negatieve gevoelens niet 'gecontand' worden, worden deze sensaties als overmatig intens, negatief en overweldigend ervaren. De gevoelens die de baby geprojecteerd heeft op zijn/haar ouders, worden in diezelfde vorm teruggeven. Ze zijn dus niet te dragen door het kind. Bij herhaald inadequaat 'containment' is er kans op pathologie (Vliegen & Leroy, 2001).

"Some mothers cannot keep a balance of mind. Perhaps it would be true to say that all mothers will fail at times - some more than others. [...] in failing the mother becomes a container that is either too rigid or too fragile. A rigid mother takes in as Bion describes and utters formal responses, without a real understanding of the infant's distress. A fragile mother will, when confronted by her distressed baby, go to pieces and panic. In either case the infant receives back its own projection with the implicit message that after all, as it feared, its state of mind is not tolerable. It suffers, in Bion's terms, a 'nameless dread' - i.e. a state of mind that is not thinkable."
(Hinselwood, 1999)

Het is ook zo dat onlustvolle gevoelens bij de baby vaak opgeroepen worden door een negatieve ervaring. Die ervaring kan ook traumatisch zijn voor de ouders, waardoor zij als medegekwetste partij niet in staat zijn hun baby te helpen bij het omgaan met de overweldigende gevoelens (Vliegen & Leroy, 2001, p. 49).

Aangezien de baby zelf niet in staat is de negatieve gevoelens, voortvloeiend uit het objectverlies en verlies van een deel van het subject, te dragen en aangezien ook de ouders

daar niet toe in staat blijken, blijven deze gevoelens mentaal onverwerkt. We spreken van een traumatische gebeurtenis (Vliegen & Leroy, 2001, p. 49).

Alle energie die een baby in normale omstandigheden aanwendt voor het loskomen uit de symbiotische eenheid en het vormen van een eigen individu wordt gekanaliseerd naar het omgaan met deze traumatische angst (Mahler, Pine & Bergman, 2000). Een baby beschikt nog niet over adequate intern regulerende copingmechanismen. Als reactie op dergelijk trauma zal hij/zij de ontwikkeling van deze vaardigheden ook nog eens blokkeren (infra). Zo ontstaat dus een vicieuze cirkel van een niet op gang komen van de ontwikkeling, die steeds weer een grotere kwetsbaarheid met zich meebrengt. Een baby is reeds kwetsbaar en doordat de ontwikkeling ten gevolge van een trauma ook niet op gang komt, zal het kind kwetsbaar blijven.

1.2.2.1. De gezonde psychologische geboorte

De premature psychologische geboorte is een pathologische vorm van de gezonde psychologische geboorte. Iedere baby wordt namelijk psychologisch geboren (Mahler, 1972).

“For all of us, awareness of bodily separatedness from the suckling mother with whom, at times, we have felt ‘at one’ is a critical situation.” (Tustin, 1994, p. 126)

De psychologische geboorte is een traag ontplooiend intrapsychisch proces, waarbij de baby loskomt uit de symbiotische eenheid met de moeder en meer besef krijgt van gescheidenheid (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006, pp. 22-23). De baby ontwikkelt “a sense of being a separate person” (Mahler, Pine & Bergman, 2000, p. 8). De baby wordt zich meer bewust van de moeder en ontdekt tevens ‘the other-than-mother world’. Gelijklopend met de zelf-anderdifferentiatie ontwikkelt hij/zij objectrelaties met anderen (Mahler, 1972).

Het verlaten van de symbiotische eenheid en het groter besef van ‘otherness’ gaat gepaard met separatieangst. In goede omstandigheden, wanneer moeder voldoende emotioneel beschikbaar is, wordt deze angst overwonnen en kan het kind met plezier de ruimer wordende wereld verkennen. Als het kind deze angst overwint kan het zich verder psychisch ontwikkelen (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006). Het kind leert het verlies van de symbiotische eenheid accepteren, alsook het verlies van het gevoel moeder volledig onder controle te hebben (de Witte, 1980). Het kind leert als het ware rekening houden met de ander en leert een realistische inschatting maken van wat het zelf kan en wat niet, op wat het zelf effect heeft en op wat niet. Zo stelt het kind zichzelf minder dwingend op, maar past het zich aan aan de ander. Het gevoel van illusoire omnipotentie van het kind heeft een deuk

gekregen toen het beseftte dat de ander niet altijd en overal beschikbaar is en voornamelijk dat het daar niet de sturende kracht achter is. Het kind leert omgaan met frustraties die onvermijdelijk zijn.

Wanneer het kind voldoende uitgerust is om om te gaan met dit objectverlies, kan er volgens Winnicott (1990) een reactieve depressie⁴ volgen. Dit valt nog onder de normale tijdelijke reacties, die niet hinderlijk zijn voor de psychische ontwikkeling van het kind.

“ (...) related depression to that which is essentially healthy, namely the capacity to mourn and the capacity to feel concerned.” (Winnicott, 1990, p. 221)

Naast die gevoelens van verlies van de moeder-baby eenheid en gemis van deze intense band zijn er ook gevoelens van tevredenheid en verwondering voor wat er zich afspeelt buiten die moeder-baby eenheid. Er is nu ook een positieve gerichtheid op anderen en een nieuwsgierigheid naar de ruimere buitenwereld (Vliegen & Leroy, 2001). Deze positieve gevoelens nemen de bovenhand wanneer er sprake is geweest van een optimale symbiose, waarin de moeder steeds emotioneel beschikbaar was en de baby de kans heeft gekregen een positief verwachtingspatroon ten aanzien van haar te ontwikkelen. Zo kan de baby verwachten dat de moeder er steeds zal zijn om hem/haar te helpen bij het reduceren van spanningen. Dit leidt bij de baby tot een basisvertrouwen in de ander en in zichzelf en tot een positieve gerichtheid op de buitenwereld (Mahler, Pine & Bergman, 2000, pp. 57-58).

Enerzijds hebben kinderen het vaak moeilijk met het verdragen van de gescheidenheid, anderzijds eist het kind ook zijn portie autonomie en eigenheid op (Mahler, Pine & Bergman, 2000).

Naarmate het kind zich meer afscheidt van de moeder heeft het ook meer schrik de liefde van de moeder te verliezen. Het kind zal dit conflict proberen oplossen door de eisen van de moeder te internaliseren. Dit internaliseren bevordert de positieve omgang met het objectverlies (Mahler, Pine & Bergman, 2000).

⁴ In tegenstelling tot psychotische depressie (Winnicott, 1990).

1.2.2.2. Transitioneel object ter ondersteuning van het besef van gescheidenheid versus het autistisch object ter ontkenning van gescheidenheid

In deze paragraaf volgt een vergelijking tussen het transitioneel object⁵ (Winnicott, 1951 in de Witte, 1980) als hulpmiddel om het besef van gescheidenheid te dragen en het autistisch object (Tustin, 1974 in de Witte, 1980) als middel om de gescheidenheid te ontkennen.

Het vasthouden van het transitioneel object, bijvoorbeeld een knuffelbeer of een lapje deken, zorgt ervoor dat het kind nog even de illusie heeft één te zijn met zijn moeder en onnipotent te zijn. Het kind voelt zich terug even één met zijn moeder, maar weet tegelijk dat dit niet zo is. Het transitioneel object verzacht de pijn van de harde realiteit van de scheiding en heeft zo een troostend effect. Het helpt het kind beetje bij beetje het objectverlies te aanvaarden. Dit object beschermt het kind tevens tegen de overspoeling van separatieangst en is zo ook angstreducerend (de Witte, 1980, p. 298).

Het transitioneel object is als het ware een representatie van de moeder en zorgt zo voor een gedeeltelijke compensatie van het verlies van de symbiotische eenheid. Wanneer moeder even weg is en het kind zijn behoeften moet uitstellen, keert het zich tot het transitioneel object. Deze zorgt ervoor dat het kind de afstand met zijn/haar moeder en uitstel van bevrediging van deze behoeften kan verdragen (Allaert, 1996). Dit vergemakkelijkt de overgang van illusoire onnipotentie naar een realistische inschatting van controle hebben.

Voor het kind zelf behoort het transitioneel object deels tot het zelf en deels tot de omgeving. Het is een middel om de overgang van alles behorend tot het 'ik' en de ontmoeting met het 'niet-ik' te vergemakkelijken. Voor een buitenstaander behoort het object echter volledig tot de buitenwereld (de Witte, 1980).

⁵ In 1971 werd het begrip transitioneel object gedefinieerd door Bush en Nagera (1973, in de Witte, 1980). Zij somden de belangrijkste kenmerken op: de binding met het object heeft plaats voor het eerste levensjaar en voor minstens 1 jaar, kalmerend en angstreducerend effect, niet in de eerste plaats ter bevrediging van orale behoeften, door het kind ontdekt en gekozen, niet beschouwd als deel van het lichaam van het kind of de moeder en zacht en vervormbaar (de Witte, 1980).

Een autistisch object daarentegen helpt de gescheidenheid te ontkennen. Het autistisch object is een object waarvan de betekenis niet met anderen gedeeld wordt. Het is vaak een hard voorwerp dat het kind niet enkel het gevoel geeft terug één te zijn, maar dat ook tegelijkertijd de differentiatie ontkent. Door het vastpakken van het autistisch object denkt het kind ook echt één te zijn met zijn/haar moeder. Het autistisch object heeft dus geen representatieve, maar een concreet karakter. Door de continue beschikbaarheid van het object leert het kind geen frustratie tolereren (Tustin, 1994). Een autistisch kind blijft hierdoor vastzitten in het stadium van illusoire omnipotentie.

Het autistisch object wordt beschouwd als een deel van het zelf en niet van de buitenwereld. Het object wordt tot 'ik' gemaakt door het te omsluiten in de hand waardoor zo elk besef van gescheidenheid ontkend wordt.

“She returned immediately to her manipulation of the objects in the basket, thus cutting off from me.” (Lefort & Lefort, 1994)

Het autistisch object als deel van het zelf beschouwen, zorgt opnieuw voor het gevoel te bestaan, hetgeen het kind verloren heeft bij de verbreking van de 'over-close' symbiotische band (Tustin, 1994; Barrows, 2008).

1.2.2.3. De vroege triangulatie

Een volgende belangrijke stap in het gescheiden zijn, is het beginnen opmerken van personen buiten de duale relatie. Dit wordt de vroege triangulatie (Rotmann, 1978) genoemd.

In de hoofdzakelijk duale relatie met de moeder, treedt de baby ook in interactie met anderen, zoals broers, zussen, andere familieleden, kinderverzorgsters, enzovoort. Deze bezorgen de baby echter allemaal 'moederlijke' zorg. In de vroege triangulatie, met de komst van de vader, worden differentiaties van zorg aangeboden.

De vader heeft als taak ruimte te creëren tussen moeder en baby zodat zij uit die symbiose kunnen groeien. Moeder en baby in een 'over-close' symbiose blijven echter vastzitten in hun dyadische relatie. Zo wordt het voor de baby onmogelijk om triangulaire relaties te ontwikkelen. Zo kan de baby geen kennis maken met de differentiaties van zorg, geïntroduceerd door de vader. Vaders staan ervoor bekend om meer spelletjes te introduceren waarbij de verhoging van excitatie een belangrijk aspect is.

In normale omstandigheden komt de baby na de duale periode wel meer terecht in getrianguleerde relaties. De vader helpt moeder en baby te de-identificeren uit hun

versmolten relatie. Als de moeder haar baby mentaal kan overdragen aan de vader en als de moeder de vader ervaart als iemand die betrokken is bij haar baby en aan haar baby denkt, wordt de moeder als het ware bevrijd van haar baby. Voor de moeder heeft de baby nu een eigen bestaan gekregen los van haarzelf. Ook de baby wordt bevrijd van zijn/haar moeder en krijgt de ruimte zichzelf te ervaren (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005, p. 24).

De vader, als nieuw element binnen die 'mother-child world', reguleert als het ware de afstand tussen moeder en baby (Barrows, 2008, p. 160). De vader maakt de separatie mogelijk. Een belangrijke voorwaarde is transitiviteit waarbij de moeder de vader in beeld brengt. Dit kan ze doen door te praten over hem in zijn aan- of afwezigheid of door naar hem te refereren. Het is ook belangrijk om haar baby duidelijk te maken dat hij/zij niet disloyaal is aan haar wanneer hij/zij zich van haar losmaakt en zich soms naar de vader keert (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005, p. 26).

2. Autisme als defensie na trauma

We vinden in het begrip cumulatief trauma van Kahn (1963) een concrete invulling voor Tustins metaforisch trauma.

Als we kijken naar de klinische voorbeelden, onder andere bij Alvarez & Reid (1999), Barrows (2008), Mitrani & Mitrani (1997) en Sucaet (2007), zien we dat bij autisme als defensie na trauma er vaak geen sprake is van een éénmalig specifiek trauma. In hun voorbeelden hebben zij het eerder over meerdere trauma's. Dit stemt overeen met wat Kahn (1963) voor ogen had met zijn term cumulatief trauma. Hij heeft het over een serie van kleine frustraties van de baby naar aanleiding van moeders falen. Als deze frustraties blijven toenemen in frequentie en intensiteit en een echt patroon gaan vormen, zal die serie in zijn totaliteit opgeslagen worden in de innerlijke wereld van de baby als een traumatische ervaring. Het betreft een opeenstapeling van interpersoonlijke trauma's waarin de baby zijn/haar noden en behoeften uitdrukt, maar waar de moeder niet of inadequaet op reageert. De baby kan zich niet herstellen na deze trauma's en moeder bevordert dat ook niet. Ze kan haar baby geen bescherming bieden tegen negatieve overweldigende gevoelens. Het herhaald falen van moeder sluipt op een subtiele manier in de ontwikkeling van de baby en brengt daar negatieve effecten met zich mee. De emmer loopt over bij de baby waardoor hij/zij het gevoel van continuïteit niet kan ontwikkelen. In paragraaf 2.2. gaan we hier verder op in. Er is een risico dat de baby zich zal onthechten van de moeder en van zijn/haar eigen behoeften en gevoelens. Behoeften en gevoelens worden dan losse elementen die de baby niet kan toe-eigenen aan zichzelf. Hierdoor stopt zijn/haar verdere psychische ontwikkeling. Cumulatief trauma heeft zo een invloed op de vorming van objectrelaties en defensiemechanismen (Kahn, 1963).

2.1. Defensieve reacties op trauma bij pasgeborenen

Baby's zijn geen hulpeloze wezens. Zo kunnen ze zich reeds op zeer jonge leeftijd beschermen tegen trauma. Er zijn adaptieve vormen van reageren op trauma die groeibevorderend zijn.

“ In this sense, we can observe behaviors that serve a defensive purpose at any point in development and, in the case of the infant, if the child is capable of registering danger or a threat to his functioning, he will react to the danger through a behavior that serves as defense.” (Fraiberg, 1987, p. 183)

Fraiberg (1987) komt tot de vaststelling dat baby's reageren op een bedreiging van hun continuïteitsgevoel wanneer moeder zelf niet optreedt als een beschermend schild. Baby's doen dit vaak instinctief. Instinctieve reacties zitten vervat in het biologische systeem van baby's. Zij kunnen op stress reageren door de stressor te bevechten, die te ontvluchten of zichzelf te bevriezen. Naarmate de baby's ouder worden, zullen zij minder impulsief reageren, maar eerder op basis van vroegere ervaringen (Fonagy & Target, 2002).

Of deze vroegere ervaringen al dan niet als traumatisch ervaren worden, is afhankelijk van individu tot individu. Dezelfde gebeurtenis kan voor de ene slechts als schokkend ervaren worden, maar voor een ander kan die gebeurtenis echter als traumatisch beleefd worden. Naast het objectieve is ook het subjectieve aspect van de gebeurtenis bepalend voor de beleving van die gebeurtenis. Het is voornamelijk de subjectieve interpretatie van een gebeurtenis en niet de objectieve feiten die bepalen of de gebeurtenis als traumatisch beleefd wordt. Een gevoel van machteloosheid, controleverlies en angst maken deel uit van de subjectieve ervaring van trauma (van Ree & de Vries, 2007, p. 150). Zo hebben sommige kinderen de psychologische geboorte als traumatisch ervaren, terwijl anderen deze scheiding subjectief anders ervoeren.

Wanneer vroegere ervaringen als traumatisch ervaren worden, kunnen baby's pathologische defensies inzetten. Fraiberg (1987) onderzocht de aanwezigheid van deze defensies bij baby's tussen 3 en 18 maanden. Zij stelt vast dat baby's pas een pathologische defensiemechanisme zullen construeren naar aanleiding van traumatische ervaringen. Een defensiemechanisme wordt reactief ingezet na trauma en beschermt baby's ook tegen latere trauma's. Fraiberg (1987) benadrukt dat het hier niet gaat over een defect, aangezien defensiemechanismen selectief kunnen ingezet worden bij bepaalde personen. Welk defensiemechanisme de baby's kiezen, is onder andere afhankelijk van hun motorisch apparaat. Pathologische defensies kunnen terug opgeheven worden nadat de moeder zich adequater gaat afstemmen op de noden van haar baby en opnieuw functioneert als een beschermend schild voor haar baby.

We kunnen hier ook de link leggen met cumulatief trauma. De baby's kunnen instinctief reageren als de moeder eens niet beantwoordt aan hun noden. Baby's kunnen echter een defensiemechanisme activeren als de moeder inadequaat blijft reageren op hun behoeften.

“Attachment research has reliably described the infant defensive adaptations that occur in the face of caregivers' systematic failure to provide adequate soothing responses to infant fear or distress. [...] Defense formation occurs at the interface between infant distress or fearful arousal and the responses of central attachment partners” (Lyons-Ruth, 2003, p. 888)

2.2. Trauma als bedreiging voor 'going-on-being'

Voor de baby is het zeer belangrijk dat hij/zij een gevoel van continuïteit ervaart, "een gevoel dat het leven een voortkabbelende stroom is" (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006, p. 73). De baby zal bijgevolg reageren op bedreigingen ten aanzien van dat gevoel. Schokkende gebeurtenissen doen inbreuk op het gevoel van 'going-on-being' (Winnicott, 1990). De baby zal eerst in paniek slaan, waardoor zijn/haar staat van opwinding toeneemt (hyperarousal). Bijgevolg zal de baby zijn/haar zorgfiguur om hulp schreeuwen. Als deze capabel is om de staat van opgewondenheid bij de baby te verlagen, blijft de baby een gevoel van 'going-on-being' ervaren. Een bedreiging van dat continuïteitsgevoel gevolgd door een ervaring van herstel leidt niet tot een traumatische ervaring. Als het appèl op de ander echter niet adequaat beantwoord wordt, zal de baby zich bijgevolg afwenden van die ander. De interpsychische regulatie heeft gefaald omdat de zorgfiguur niet in staat was de intensiteit van de spanningstoestand bij de baby te verlagen. Wanneer deze toestand blijft aanhouden, zal de baby in een eigen poging die spanningstoestand te verlagen, zich richten op zijn/haar interne wereld. Zo bereikt de baby een staat van hypoarousal. De herhaalde inbreuken op het continuïteitsgevoel, niet gevolgd door herstel, worden ervaren als traumatisch. Dit doet ons denken aan cumulatief trauma. De baby zal bijgevolg reageren door middel van defensiemechanismen. Het continuïteitsgevoel is sterk aangetast en de baby ervaart bijgevolg annihilatieangst. Het gevoel van 'going-on-being' brengt namelijk het gevoel te bestaan met zich mee (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006; Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005). We bespraken eerder dat de premature psychologische geboorte door sommige baby's ervaren wordt als traumatisch en bijgevolg leidt tot annihilatieangst.

Aangezien trauma bij baby's met autisme zich vroeg situeert, hebben zij weinig positieve ervaringen die een tegengewicht kunnen vormen voor deze negatieve ervaring. Er zijn onvoldoende positieve ervaringen om een buffer te vormen tegen trauma. Baby's kunnen zich bijgevolg met moeite verweren en voelen zich vlug slachtoffer van trauma (Alvarez & Reid, 1999).

In de objectrelationele ontwikkeling beschikt de baby eerst over een illusoir onnipotent gevoel en later over een realistische inschatting van controle over de omgeving. De baby leert stilaan verbanden leggen tussen zijn/haar acties en de reacties die hij/zij daarop krijgt vanuit de omgeving. De baby voelt zich in staat invloed uit te oefenen op de omgeving in plaats van er door overweldigd te worden. Maar wanneer deze zelfrepresentaties nog niet ontwikkeld zijn doordat trauma op zeer jonge leeftijd plaatsvond, voelt de baby zich eerder slachtoffer van trauma dan iemand die er controle kan over hebben (Vliegen, m.m.v. Leroy &

Meurs, 2006). Het zoeken naar illusoire onnipotentie, zoals in het gebruik van autistische objecten, biedt dan bescherming.

2.3. Autisme als infantiele vorm van een posttraumatische stressstoornis

Reid (1999) maakt een vergelijking tussen de symptomen van posttraumatische stressstoornis en autisme als gevolg van trauma. Zij gaf de subgroep van kinderen met autisme als defensie de naam 'Autistic Post-Traumatic Developmental Disorder' (APTDD).

Ook Tustin (1994) beschouwt autisme als een vorm van posttraumatische stressstoornis.

“Autism is a protective reaction which is specific to trauma. [...] In a certain type of child it has been a protective reaction to an infantile version of a 'post-traumatic stress-disorder'.” (Tustin, 1994, p. 106)

Posttraumatische stressstoornis wordt in de DSM-IV (APA, 1994) beschreven aan de hand van een aantal criteria. De belangrijkste worden hier vermeld om dan de vergelijking te maken met autisme als reactie op trauma.

We vinden het echter ook noodzakelijk om te gaan kijken naar de DC: 0-3 (Visser, 2005) omdat we ervan uitgaan dat trauma bij kinderen met autisme op zeer jonge leeftijd plaatsvindt. In de DC: 0-3 vinden we de 'Traumatic Stress Disorder' terug. Zowel een éénmalig trauma als multipole trauma's kunnen aan de basis liggen. In de DC: 0-3 wordt benadrukt dat er ook naar de omgeving moet gekeken worden. Ze gaan na in hoeverre de zorgfiguur in staat is om het kind te helpen in termen van bescherming, veiligheid en verwerking van de ervaring.

Ik neem hier enkele elementen uit de DSM-IV, die in het licht van deze masterproef belangrijk zijn, en onderstreep ook waar de DC: 0-3 nog specifiek gaat.

A) De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

1. recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. NB: bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt

Een kind met autisme vertoont repetitief spel. Vaak speelt het kind dezelfde situatie steeds opnieuw. Traumatische angsten en gevoelens worden uitgegeerd in het spel, maar niet op een symbolische manier verwerkt. Repetitief spel ontbeert vrijheid en creativiteit (Sucaet, 2007). Zowel repetitief spel als repetitief gedrag wordt vaak als betekenisloos bestempeld. In psychotherapie gaat de therapeut echter op zoek naar de betekenis van die herhaling in spel, gedrag en taal. Deze betekenis wordt vaak gevonden in het vermijden van trauma (gerelateerde aspecten) (Alvarez & Reid, 1999).

In de DC: 0-3 verwijst men direct naar *posttraumatisch spel* en geeft men een beschrijving, die helemaal overeenkomt met de beschrijving van spel bij kinderen met autisme volgens Alvarez & Reid (1999) en Sucaet (2007). In de DC: 0-3 verwijzen ze ook naar de mogelijkheid dat *kinderen uitspraken kunnen doen of vragen stellen over de traumatische gebeurtenis*. Zo geven kinderen uiting aan hun fascinatie voor en hun preoccupatie met trauma. Misschien kunnen we dit beschouwen als één van de functies van echolalie.

B) Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

2. pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden

6. beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)

Kinderen met autisme als reactie op trauma worden gekenmerkt door het vermijden van anderen. Volgens Tustin (1994) kwamen deze kinderen op zeer jonge leeftijd op een traumatische wijze in contact met het 'niet-ik'. Als reactie daarop vermijden de kinderen alles wat 'niet-ik' is.

In de DC:0-3 benoemen ze 2. als *sociale terugtrekking*.

Zoals bij kinderen met een posttraumatische stressstoornis hebben ook kinderen met autisme een aparte gevoelswereld. Deze wordt gekenmerkt door een beperkt spectrum van gevoelens. De emotionele ontwikkeling verloopt echter in relatie tot anderen. En net omdat kinderen met autisme relaties met anderen vermijden, is de emotionele ontwikkeling afwijkend (infra).

C) *Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:*

2. prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen

4. overmatige waakzaamheid

We herkennen ook bij kinderen met autisme een toestand van hoge sensitiviteit. Deze kinderen werden destijds overweldigd door trauma en sindsdien verhinderd in hun normale psychische ontwikkeling. Kinderen konden zo geen handvatten ontwikkelen om om te gaan met de chaos van de buitenwereld. Bijgevolg hanteren deze kinderen bepaalde mechanismen om tot rust te komen. Zo richten ze zich tot hun eigen lichaam en tot objecten. Wanneer deze rust, verkregen door de voorspelbaarheid van het eigen lichaam en objecten, bedreigd wordt, treden woede-uitbarstingen op (Alvarez & Reid, 1999).

D) *In de DC: 0-3 vinden we ook nog een vierde algemeen punt, namelijk angst of agressie. Er wordt verwezen naar agressie naar leeftijdsgenoten, volwassenen en dieren toe; separatieangst; bang om alleen te plassen; bang in de donker; zelfverwondend, manipulatief of masochistisch gedrag; somatische symptomen.*

Kinderen met autisme worden geteisterd door onverwerkte angsten. Angsten kunnen ook leiden tot agressie, zowel naar anderen als naar zichzelf toe. We zien dit ook vaak voorkomen bij kinderen met autisme (Zeevalking, 2000).

In DC: 0-3 wordt ook gesproken over 'Multisystem Developmental Disorder' (MSDD). MSDD wordt omschreven als een stoornis in de relatievorming en communicatie. Deze stoornis hangt nauw samen met autismspectrumstoornis, zoals beschreven in de DSM-IV. Bij MSDD spreekt men niet van een defect maar eerder van een verstoring die nog omkeerbaar is. De problemen in relatievorming en communicatie zijn onderliggend aan constitutionele problemen met regulatie en prikkelverwerking. Hier herkennen we de genetische of biologische predispositie waar we het in de volgende paragraaf over zullen hebben.

2.4. Trauma brengt een onderliggende kwetsbaarheid aan de oppervlakte

Niet alle kinderen, die op jonge leeftijd een trauma meemaken, ontwikkelen autisme. Sommige kinderen doorstaan gelijkaardige traumatische ervaringen, maar ontwikkelen echter geen autisme.

“[...] a biological or genetic predisposition in the infant which the traumatizing event has then served to activate.”(Alvarez & Reid, 1999, p. 93)

De subgroep, die besproken wordt in deze masterproef, ontwikkelt autisme onder invloed van trauma die een onderliggende kwetsbaarheid naar de oppervlakte brengt.

Die kwetsbaarheid kan ook nog onderdrukt worden door veerkracht. Aanleg kan zo dus ook positief zijn. Veerkracht is een innerlijke kracht die hen in staat stelt een schokkende gebeurtenis goed te doorstaan. Veerkracht zorgt er als het ware voor dat een persoon herstelt van een schokkende gebeurtenis. Het vormt een buffer tegen negatieve gebeurtenissen. We beschouwen veerkracht als een protectieve factor (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006).

2.4.1. Genetische of biologische predispositie

Autisme wordt zowel aan hyperarousal als aan hypoarousal gerelateerd. Deze verwijzen naar een bepaald regulatiepatroon. Greenspan (1997 in Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005) onderscheidt een aantal regulatietypes: het hypersensitieve type, het onderreactieve type en het stimuluszoekende, impulsieve, agressief motorisch ontladend type. Een baby met autisme behoort tot het hypersensitieve type.

Een hypersensitieve baby kan zich moeilijk afsluiten van een teveel aan externe stimuli (Alvarez & Reid, 1999). De baby wordt erdoor overweldigd.

“This nuclear pre-ego precocity may manifest itself in hypersensitivity in a certain limited area of sensoriperceptive modality. It may create hyperacusis, startling at noises, or visual hyperalertness, as well as very early gustatory hypersensitivity or oversensitivity to touch.” (Mahler, Pine & Bergman, 2000, p. 205)

Wanneer de overweldiging niet langer te verdragen is, zal de baby uitbarsten in woede of zichzelf terugtrekken. Bij dit laatste is een baby met autisme hyposensitief waarbij hij/zij zichzelf volledig afsluit voor stimuli uit de omgeving. De baby is teruggetrokken en in zichzelf

gekeerd (Alvarez & Reid, 1999). Hij/zij gaat van hypersensitief naar hyposensitief ter bescherming tegen trauma.

Deze regulatietypes liggen vervat in het temperament van een baby. De baby draagt zo een bepaalde kwetsbaarheid met zich mee. Naast de aanleg an sich is het ook belangrijk mee in rekenschap te brengen hoe de ouders omgaan met deze aanleg. Zo leiden bepaalde regulatietypes tot regulatiestoornissen en andere niet (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005).

“Greenspan (1997) makes an important distinction between regulatory ‘factors’ which distinguish one (normal) infant or child from another, and regulatory ‘disorders’. He suggests the former can be seen as constitutional/maturational factors, such as, for example, sensory over-reactivity (to sights or sounds for instance). These may or may not lead to regulatory disorders such as difficulties in paying attention to other people, to behavior and thinking difficulties.” (Alvarez & Reid, p. 66)

Bij een baby met autisme is het regulatiepatroon, vervat in temperament, uitgegroeid tot een regulatiestoornis. (infra)

2.4.2. De biologische of genetische predispositie komt tot uiting

De kwetsbaarheid, die mede verantwoordelijk is voor het tot ontwikkeling komen van autisme, wordt getriggerd door trauma. Er zijn echter ook andere factoren die mee bepalen in hoeverre die kwetsbaarheid zich ontplooit.

De mate van affectregulatie is een risico- of protectieve factor bij het tot expressie komen van de onderliggende kwetsbaarheid van autisme. Het regulatiepatroon van een baby met autisme vormt zich verder doorheen de relatie met de moeder en anderen tot volwaardige regulatiemechanismen. Als deze inadequaat zijn, is er meer kans dat de kwetsbaarheid tot psychopathologie leidt (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005).

Een baby met autisme heeft alvast een afwijkende affectregulatie.

“Kinderen met autisme beschikken over een ingewikkelde mix van onder- en overaffectregulatie.” (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005, p. 2)

De sociale omgeving speelt een grote rol in de vorming van regulatiemechanismen en dus ook in het tot uiting komen van kwetsbaarheid. Het is echter de interpretatie van de omgeving die zo bepalend is. Dit wordt onder andere beïnvloed door de ervaringen met die omgeving in de eerste levensjaren (Fonagy & Target, 2002).

2.5. Autisme als protectieve reactie op een trauma

Met het begrip 'autistic barrier' (Tustin, 1986 in Mitrani & Mitrani, 1997) beschrijft Tustin hoe een kind met autisme zich afschermt van sociale relaties en communicatie met anderen door zich op pathologische wijze op zichzelf te richten. Een kind met autisme construeert als het ware een ondoordringbaar harnas, gevormd door harde autistische objecten en zachte autistische patronen. Zo isoleert het zich van de anderen en ontkent hun gescheiden bestaan. Deze 'protective shell' (Tustin, 1990 in Mitrani & Mitrani, 1997) leidt tot een stop op de psychische ontwikkeling.

Enerzijds dekken beide mechanismen de pijn en angst van trauma toe, anderzijds schermen ze het kind af van de externe wereld. Zo biedt autisme als het ware een protectie tegen de bewuste ervaring van trauma alsook tegen gelijkaardige trauma's in de toekomst (Tustin, 1994).

2.5.1. Bescherming tegen de bewuste ervaring van trauma

Norma Tracey (1991 in Tustin, 1994) meent dat sommige getraumatiseerde kinderen als het ware hun trauma verbannen naar een aparte ruimte in hun psyche, 'a deadened psychic space'. Een jong kind, dat nog over onvoldoende capaciteiten beschikt om een trauma psychisch te verwerken, zal de overweldigende traumatische pijn en angst proberen te vermijden. Het kind bewaart zijn trauma tijdelijk in een ruimte die afgesplitst is van zijn/haar bewustzijn. Zolang trauma niet psychisch beleefd en verwerkt wordt, kan deze ruimte een rem vormen op de psychische ontwikkeling.

Kinderen met autisme kunnen ook zo'n 'deadened psychic space' creëren. Zij beschermen deze ruimte en dekken deze als het ware toe aan de hand van hun barrière. Zo zorgen ze ervoor dat de overweldigende traumatische angst en pijn verborgen blijft en niet beleefd wordt. Kinderen met autisme kiezen voor deze "oplossing" omdat de pijn en de angst op het moment van trauma niet te verdagen was (Tustin, 1994).

2.5.2. Afsluiting van de buitenwereld als bescherming tegen gelijkaardige trauma's

Kinderen, die een trauma meemaken, gaan vanaf dan anticiperen op nieuwe affectieve overspoelingen (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005). Ze hebben schrik om opnieuw overweldigd te worden door gevoelens die zij niet onder hun controle kunnen brengen. Ze sluiten zich bijgevolg af van de buitenwereld.

“Het autisme is in wezen een bestaanswijze, die een vlucht inhoudt voor de angstaanjagende buitenwereld of voor alles wat ‘niet-ik’ (not-me) is.” (de Witte, 1980, p. 308)

Deze afsluiting van de buitenwereld heeft nefaste gevolgen voor de psychische ontwikkeling van de kinderen. Kinderen hebben naast lichamelijke zorgen om fysiek gezond te zijn namelijk ook affectieve relaties nodig om psychisch gezond te ontwikkelen. Doordat ze zich afsluiten van sociale relaties ontberen kinderen met autisme echter deze ontwikkelingsstimulerende invloeden (Alvarez & Reid, 1999).

Ze zijn niet gericht op de voor hen chaotische omgeving, maar gaan eerder op zoek naar illusoire onnipotentie, veiligheid en voorspelbaarheid. Dit vinden ze terug in hun defensiemechanismen in de vorm van lichaamsstimulatie, objectmanipulatie en het opwekken van tactiele sensaties.

2.5.2.1. Zelfstimulatie

Kinderen zijn in hun eerste levensjaren zowel geïnteresseerd in sociale relaties als gericht op zichzelf. Kinderen met autisme hebben echter geen interesse in hun omgeving en richten zich overheersend op zichzelf (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005).

Kinderen nemen de wijze, waarop moeders voor hen zorgen, over om voor zichzelf te zorgen. Wanneer de kinderen tijdens die zelfzorg/zelfstimulatie nog contact hebben met de buitenwereld is deze wijze van op zichzelf gericht zijn adaptief en ontwikkelingsstimulerend. Als deze echter in functie is van het zich afsnijden van de buitenwereld en enkel ter zelfbevrediging is, kan deze hinderlijk zijn voor de psychische ontwikkeling (Mahler, Pine & Bergman, 2000, pp. 50-51). Bij kinderen met autisme hebben we het over deze pathologische vorm als defensiemechanisme (Alvarez & Reid, 1999)

Naast de defensieve functie heeft zelfstimulatie ook de functie om illusoire omnipotentie op te zoeken. Zelf de intensiteit, de duur, de frequentie en het type van hun lichamelijke sensaties bepalen, kan daarbij helpen (Alvarez & Reid, 1999).

2.5.2.2. (Autistische) objectmanipulatie

Het gebruik van autistische objecten is een pathologisch fenomeen. Autistische objecten worden niet gebruikt waarvoor ze bedoeld zijn of worden niet opgenomen in fantasiespel. Ze worden eerder aangewend op een stereotiepe, geritualiseerde manier (de Witte, 1980). Deze objecten worden namelijk gebruikt voor de harde sensaties die ze opwekken (Tustin, 1992). Dit is ook de reden waarom autistische objecten vervangbaar zijn. Voor autistische kinderen zijn deze objecten allen dezelfde zolang ze maar diezelfde harde sensaties opwekken. Het autistisch object wordt als het ware gelijkgesteld aan die harde sensatie. Voor een buitenstaander zijn de autistische objecten verschillend, al naargelang de vorm, betekenis of functie (Barrows, 2008; Tustin, 1992). In tegenstelling tot het autistisch object is het transitioneel object uniek en dus onvervangbaar (de Witte, 1980).

In het gebruik van autistische objecten vinden kinderen met autisme enig plezier en een bevrediging voor bepaalde behoeften. Door de continue beschikbaarheid en grote voorspelbaarheid van het autistisch object, biedt het object veiligheid en zekerheid (Alvarez & Reid, 1999).

“When there is interference, he disregards it as long as he can. When the intrusion becomes too insistent, he fights it off with tantrums which appear to be the result of panic rather than anger.” (Kanner, 1973, p. 70)

En opnieuw naast de defensieve functie is het gebruik van autistische objecten functioneel in het zoeken naar illusoire omnipotentie.

“He feels weak and helpless. His reaction, to counteract this, has been to develop practices which give him the illusion that he is impenetrable, invulnerable and in absolute control.” (Barrows, 2008, p. 61)

2.5.2.3. Autistische patronen : ‘autistic shapes’

Tactiele sensaties, door een autistisch kind opgewekt vanuit bepaalde objecten en/of substanties, worden door het kind gevoeld aan het lichaamsoppervlak. Deze sensaties strelen als het ware het lichaam hetgeen een kalmerend effect heeft (Barrows, 2008). In tegenstelling tot de harde sensaties van de autistische objecten brengen autistische patronen zachte sensaties met zich mee. Deze sensaties zijn ook vluchtig en vertroebelen het besef van gescheidenheid. Een kind met autisme versmelt als het ware met het object en/of substantie door zich te richten op de tactiele sensatie die het opwekt. Voorbeelden zijn het spelen met water, het voelen aan behangpapier, enzovoort (Tustin, 1984 in Mitrani & Mitrani, 1997).

2.6. Stop van de psychische ontwikkeling: rem op de symbolisatie

De psychische ontwikkeling tot symbolisatie van een autistisch kind wordt gehypothekeerd door de gerichtheid op lichamelijke en concrete sensaties.

Een kind met autisme wordt getroffen door trauma, waarbij het zich abrupt gescheiden voelt van de moeder. Het kind kan de pijnlijke ervaring op dat moment niet dragen. Trauma is te overweldigend en al de bijkomende gevoelens kunnen niet verteerd worden. Dit heeft het kind zodanig afgeschrikt dat het een stop heeft gezet op zijn/haar verdere psychische ontwikkeling (Tustin, 1994).

Een kind met autisme hangt vast aan het concrete denken en komt niet tot abstracte denkprocessen. Zo is het taalgebruik bij een kind met autisme concreet. We zien dit onder andere in het letterlijk nemen van wat de ander zegt. Een kind met autisme komt in zijn/haar spel ook niet tot het spelen met de realiteit. Zijn/haar spel is vaak heel concreet en realistisch.

Een kind met autisme kiest voor een primitievere wereld, namelijk de wereld van de lichamelijke sensaties. Zijn/haar lichamelijke sensaties worden niet omgezet in gedachten en gevoelens met een betekenis. In het laatste hoofdstuk wordt de ontwikkeling daarvan verder uiteengezet.

“It was as though a world in which ideas could exist were gradually coming to replace one in which everything happened through the body.” (Mathelin, 1999, p. 114)

Je kan hier de overgang vinden van de Reële wereld naar de Symbolische volgens Lacaniaanse auteurs.

Deze overgang van een wereld van fysieke sensaties naar een wereld van gedachten en gevoelens verloopt niet vanzelfsprekend. Een traumatische gebeurtenis kan deze ontwikkeling echter verstoren. Bijgevolg kan de wereld van de fysieke sensaties op de voorgrond blijven (Vliegen & Leroy, 2001). Dit zien we duidelijk bij kinderen met autisme.

De lichamelijke pijn, die trauma met zich meebrengt doordat het kind nog als body-ego functioneert, probeert het kind af te weren aan de hand van het opwekken van andere fysieke sensaties (Allaert, 1996). We herkennen dit in hun autistische objectmanipulatie en pathologische zelfstimulatie. Hun gedrag getuigt van het niet kunnen symboliseren van hun ervaringen, die zo geen betekenis krijgen (Alvarez & Reid, 1999). Het gericht zijn op lichamelijke sensaties, voornamelijk tactiele sensaties, is in normale omstandigheden presymbolisch. Bij een kind met autisme als defensie is het echter asymbolisch en vormt het gebruik van autistische objecten en patronen als het ware een defensieve barrière tegen de verdere ontwikkeling van de symbolisatie (Mitrani & Mitrani, 1997). Het kent nog geen symbolen en wil deze ook niet oproepen uit schrik overweldigd te worden. Eveneens zijn hun angsten van asymbolische aard waaruit blijkt dat deze ook niet verteerd zijn (Barrows, 2008). Hun angsten bestaan vaak uit schrik leeg te lopen of eerder over te lopen, alsook uit schrik vloeibaar te worden (Tustin, 1994). Een kind met autisme heeft schrik om zijn/haar vorm te verliezen en te versmelten met de vorm van wat hen bedreigt. Dit is het gevolg van onvoldoende gedifferentieerd te zijn van de ander.

Trauma onder ogen zien en het verwerken, bijvoorbeeld in therapie, kan leiden tot psychologische geboorte. Het kind kan de traumatische scheiding met zijn moeder aanvaarden en kan eventueel opnieuw interpersoonlijke relaties aangaan. Dit zou de psychische ontwikkeling van een kind terug bevorderen (Mitrani & Mitrani, 1997). We duiden hier op de omkeerbaarheid van autisme als defensie, wat mogelijk is als het onderliggend trauma en conflict in therapie benaderbaar is.

“The human being’s capacity to symbolize is dependent on his or her acceptance of a loss, the loss of an imaginary complementarity with the mother.” (Mathelin, 1999, p. 101)

3. Affectdisregulatie als risicofactor en als gevolg na trauma

Een zeer jong kind dat geconfronteerd wordt met schokkende gebeurtenissen zal deze vlugger als traumatisch ervaren omdat het nog niet beschikt over adequate regulatiemechanismen. Een hypersensitief kind dat het moeilijk heeft om zijn/haar affecten te reguleren, verzeilt vlugger in de ervaring traumatisch overspoeld te worden. Affectdisregulatie verhoogt als het ware het risico op het als traumatisch ervaren van schokkende gebeurtenissen. Affectdisregulatie wordt hier beschouwd als een risicofactor (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999 in Schmeets, 2005). Ten gevolge van disregulerende relaties met de moeder komt de ontwikkeling van adequate affectregulatie ook niet verder op gang. Affectdisregulatie blijkt zo ook een gevolg van trauma te zijn (Schmeets & Schut, 2003).

3.1. Overspoeling van negatieve affecten predisponeert tot de ontwikkeling van psychopathologie

Wanneer een negatieve affectieve toestand te lang aanhoudt en er kans is op het ontstaan van affectdisregulatie, verhoogt de predispositie op de ontwikkeling van psychopathologie (Schore, 2002 in Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005). We zouden kunnen stellen dat bij cumulatief trauma negatieve affectieve toestanden te lang aanhouden.

Affecten zijn vaak gerelateerd aan de situaties waarin we ons bevinden. Ze geven betekenis aan gebeurtenissen in ons leven. "Zij vormen de schakel tussen wat er met de persoon feitelijk gebeurt en wat door deze vervolgens wordt beleefd." (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005, p. 1). Affecten zijn ook belangrijke richtingwijzers. Ze bepalen mee welk gedrag de persoon moet stellen. Wanneer affecten geuit worden, informeren ze de persoon zelf alsook de omgeving over hoe ze zich voelen in een bepaalde situatie (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005). Fonagy et al. (2002) gaan ervan uit dat de affectieve toestand waarin men zich bevindt mee bepaalt hoe informatie opgenomen, verwerkt en opgeslagen wordt in het geheugen. Verder beweren zij dat affectieve toestanden in het begin ongedifferentieerd⁶ zijn en nog geen betekenis hebben. Als gevolg van de spiegelen reacties van de zorgfiguur zullen echter gedifferentieerde, betekenisvolle affecten tot stand komen (infra).

Om overspoeling van allerlei (negatieve) affectieve toestanden te voorkomen, dienen deze herkend en gereguleerd te worden. Regulatie zorgt ervoor dat bepaalde affecten aanhouden en dat andere affecten veranderen. De intensiteit wordt verhoogd of verlaagd. Om een

⁶ Freud spreekt echter wel al van een differentiatie; bepaalde zaken kunnen als lustvol of onlustvol ervaren worden (Verhaeghe, 2002).

aangenaam affect op te wekken wordt de intensiteit ervan verhoogd en om een overspoeling van opkomende affecten te voorkomen, wordt die intensiteit verlaagd. Zo wordt er steeds op zoek gegaan naar dat evenwicht van waaruit een goede ontwikkeling kan voortkomen. Daarvoor wordt 'arousal' opgewekt of gereduceerd tot een matig excitatieniveau en affecten omgezet in iets draaglijk (Scheemts & Verheugt-Pleiter, 2005; Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006).

Affectregulatie verloopt in verscheidene stappen. Eerst worden affectieve toestanden herkend en geëvalueerd, vervolgens worden ze gemoduleerd tot iets betekenisvol (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005). Dit doet ons denken aan het begrip 'alfafunctie' van Bion. Het kind ervaart concrete zintuiglijke gewaarwordingen (bèta-elementen) die de moeder vervolgens omzet in gevoelens en gedachten (alfa-elementen). Dankzij die transformatie wordt de interne toestand van het kind draaglijker (Dehing, 1998).

3.2. Van adaptieve naar defensieve regulatiemechanismen

Regulatiemechanismen hebben doorgaans een adaptieve functie. Als reactie op trauma kunnen regulatiemechanismen echter een defensieve functie krijgen. Ze snijden bijgevolg het kind af van de omgeving, omdat deze als te overspoelend ervaren wordt.

Baby's stellen zich actief op in de regulatie van hun eigen interne affecten (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005). Tronick (1989, in Alvarez & Reid, 1999) onderscheidt bij baby's twee verschillende regulatiemechanismen. Het ene mechanisme is eerder gericht op het reguleren van de ander, terwijl het andere mechanisme gericht is op het reguleren van het zelf. Baby's schreeuwen om hulp van hun moeder en signaleren zo dat er iets niet in orde is. Ze reguleren de aandacht van hun moeder en trachten controle over haar te krijgen. Baby's beschikken ook over een aantal copingsmechanismen om te ontsnappen aan situaties die teveel 'arousal' opwekken. Zo kunnen baby's duimzuigen of hun aandacht op eigen handen en voeten richten om zichzelf te kalmeren, te reguleren. Ook kunnen baby's hun blik afwenden of hun hoofd wegdraaien om zich zo te ontdoen van de spanningstoevloed (Alvarez & Reid, 1999). Door weg te kijken zeggen baby's 'neen' tegen een teveel aan prikkels. Dit kunnen we zien als de voorloper van 'neen' zeggen door gebaren of door taal. Uit onderzoek is gebleken dat na het wegstaren de hartslag van de baby's daalt. Daaruit blijkt dat wegstaren een efficiënt regulatiemechanisme is (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005). Het vermijden van oogcontact wordt een pathologisch fenomeen wanneer er herhaaldelijk geen herstel volgt op het wegstaren. Als de baby's een beetje later naar de zorgfiguur terugkijken om opnieuw contact te zoeken, is deze nog steeds te indringend of reeds uit het

zicht verdwenen. Dan kunnen baby's het vermijden van oogcontact inzetten als een defensiemechanisme. We zien dit pathologisch vermijden van oogcontact ook bij baby's met autisme.

We bespraken hier voornamelijk bepaalde hulpmiddelen die baby's gebruiken om zichzelf te ontdoen van een teveel aan opwinding. Baby's kunnen echter ook een bepaald affect intensifiëren door zichzelf te stimuleren. In het tweede hoofdstuk gaven we reeds het onderscheid tussen adaptieve en pathologische vormen van zelfstimulatie.

3.3. Van interpsychische naar intrapsychische regulatie

Hier willen we verduidelijken hoe het komt dat door cumulatief trauma de (affect)regulatie bij een kind met autisme als defensie niet goed ontwikkeld wordt. In normale omstandigheden vertrekt het kind van een vorm van co-regulatie (Beebe & Lachmann, 2002 in Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005) en ontwikkelt het zelfregulatie doorheen een spiegelproces met de moeder. Zichzelf kunnen reguleren is geen intrapsychisch verworven capaciteit, maar ontwikkelt zich eerder in verhouding tot de moeder (Fonagy et al., 2002). Als zij niet in staat is haar kind een adequate spiegel voor te houden, kan dit leiden tot cumulatief trauma (supra). Bijgevolg zal het kind defensief reageren door zich afsnijden van de omgeving. De psychische ontwikkeling wordt stopgezet en het kind zal niet komen tot een adequate zelfregulatie.

Zoals hierboven reeds vermeld, kan een kind externe en interne stimuli reguleren. Hij/ zij is daar echter beperkt in en moet de hulp van anderen inroepen. Het kind heeft nood aan een zorgfiguur die zijn/haar interne affectieve toestanden interpreteert en er gepast op reageert, bijgevolg reguleert (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005). De zorgfiguur, vaak de moeder, treedt op als iemand die het kind beschermt tegen een overweldiging van externe en interne stimuli. Zo voedt ze het kind wanneer het honger heeft en troost ze het kind wanneer het angstig is (Crommar, s.d.). Ook intensifieert de zorgfiguur vaak de 'arousal' van het kind. Bij kiekeboespelletjes wekt de zorgfiguur interesse en plezier op bij het kind. Tegelijkertijd voorkomt ze de overspoeling van opkomende gevoelens (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006). Moeder en kind bevinden zich in een dyadisch regulatiesysteem (co-regulatie) (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005).

Aanvankelijk zijn de affecten nog betekenisloos en dus overspoelend. Doorheen interacties met de moeder zullen deze betekenis krijgen en echte richtingwijzers worden. Fonagy et al. (2002) beschrijven dit proces uitgebreid in hun 'theory of social biofeedback of parental affect-mirroring'. We bespreken ook de gelijkenissen met Lacans spiegelstadium (Verhaeghe, 2002).

Affectregulatie breidt zich verder uit binnen de triangulaire context. Zowel moeder als vader hebben hun eigen inbreng. Doordat zij een verschillende interactiestijl hanteren, beïnvloeden zij de ontwikkeling tot zelfregulatie bij hun kind elk op een andere manier. De moeder fungeert vaker als een veilige haven door haar (fysieke) beschermende, nabije houding en staat bijgevolg eerder in voor de spanningsvermindering van haar kind. Zo leert ze haar kind hoe het zichzelf kan kalmeren. De vader wekt via spel en exploratie vaker spanning op. Zo leert het kind ook omgaan met intense affecten (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005, p. 15).

In volgende onderverdelingen zetten we uiteen hoe de overgang van interpsychische naar intrapsychische regulatie plaatsvindt bij kinderen. In het beschrijven van deze overgang richten we ons specifiek op kinderen met autisme als defensie.

3.3.1. Niet komen tot gedifferentieerde affecten

Een baby bevindt zich in een wazige interne toestand, waarin verschillende affecten nog niet van elkaar kunnen onderscheiden worden (Fonagy et al., 2002). Stern beweert dat een baby vitaliteitsaffecten percipieert in plaats van categoriale affecten. Bij vitaliteitsaffecten ervaart hij/zij eerder een dynamische stroom van affectieve toestanden in plaats van gescheiden categorische inhouden. Een baby voelt dat een bepaalde affectieve toestand al dan niet explosief opkomt of langzaam afneemt. Later leert hij/zij die affectieve toestanden van elkaar te onderscheiden volgens hun categorische inhoud. Hij/zij zal deze affecten, zoals vreugde en verdriet, dan ook leren herkennen en benoemen (Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006).

Doorheen het spiegelproces wordt een baby sensitief ten aanzien van de eigen interne affectieve toestanden. Als het ware spiegelt de moeder de interne affectieve toestand van haar kind in een empathische representatie. Moeders (externe) representatie geeft feedback over de interne affectieve toestand van haar kind. We kunnen stellen dat het spiegelproces een natuurlijke sociale vorm is van het biofeedbackmechanisme. In biofeedbackstudies heeft men aangetoond dat wanneer een externe representatie, bijvoorbeeld een bloeddrukmeter, gekoppeld wordt aan een intern fysiologisch proces, hier bloeddruk, sensitiviteit ten aanzien

van dat proces bevorderd wordt. Het bewust worden van dat proces groeit, alsook het gevoel er controle over te kunnen krijgen (Fonagy et al., 2002).

We vinden hier overeenkomsten met het spiegelstadium van Lacan.

Freud (1978 in Verhaeghe, 2002) legt de nadruk op de input van de eerste Ander⁷ als bepalende factor in de differentiatie en betekenisgeving van affectieve toestanden. Hij beschrijft dat een baby vanaf de geboorte een interne ongedifferentieerde spanningsstijging ervaart. Aangezien de baby niet in staat is deze onlustervaring zelf te reguleren, schreeuwt hij/zij om hulp. De eerste Ander reageert via een 'specifieke actie'⁸, overeenkomstig haar interpretatie van wat er intern gaande is met haar baby. Deze (re)actie houdt in dat de eerste Ander de baby woorden en beelden verschaft voor zijn/haar innerlijke ervaringen. Zo krijgt de baby als het ware toegang tot zijn/haar eigen interne toestand. Ook de onlust wordt opgeheven en er is sprake van een eerste bewerking, een regulatie van de interne affectieve toestand (Verhaeghe, 2002).

Een eenvoudig voorbeeld kan verhelderend zijn. Als de baby honger heeft, ervaart hij/zij een onaangename sensatie. De baby begint te huilen waarop de moeder hem/haar de borst of de fles zal aanbieden. Een ervaring van bevrediging volgt en men spreekt van een regulatie van de oorspronkelijke onaangename sensatie (Crommar, s.d.).

Doordat een baby met autisme hypersensitief is en bijgevolg gemakkelijker vatbaar voor overspoeling van affecten, kan hij/zij moeilijker gevoelens van elkaar onderscheiden. Daarnaast komt ook vaak een inadequaat spiegelproces met de moeder tot stand zodat de differentiatie van affecten ook niet door haar gestimuleerd wordt. Het is namelijk een moeilijke opdracht voor de moeder om die overspoeling van affecten van haar hypersensitieve baby steeds weer te reguleren (Fonagy et al., 2002). Inconsistente dagelijkse interacties maken het niet mogelijk om op elkaar gelijkende, door de baby zelf ervaren, affecten te herkennen. Doordat affecten moeilijk gedifferentieerd en herkend kunnen worden, weet de baby bijgevolg niet wat hij/zij voelt (Schmeets & Schut, 2003). Affecten blijven ruwe, ongedifferentieerde, chaotische en betekenisloze ervaringen. Een baby met autisme kan deze ervaringen zelfs onvoldoende representeren als gevoelens ('dat is wat ik nu voel en het is slechts een gevoel').

⁷ Met hoofdletter, zowel de aanduiding voor de concrete ander (bij de eerste Ander verwijst men vaak naar de moeder – bij de tweede Ander naar de vader) als voor het geheel van de talige uitspraken die deze ander produceert naar het kind toe (Verhaeghe, 2002, p. 139).

⁸ Zo benoemt Freud (1992 [1895] in Verhaeghe, 2002) de spiegelende reactie van de eerste Ander ten aanzien van de interne toestand van het kind.

“In het afstemmingsproces met de primaire verzorgster hebben de innerlijke ervaringen te weinig ‘signaalwaarde’ gekregen: het kind weet dan gewoon niet wanneer een innerlijke sensatie tot een handeling moet leiden of niet.” (Schmeets & Schut, 2003, p. 74)

3.3.2. Contingent spiegelen: ‘a physical agent’, maar geen ‘social agent’

Een baby ziet een verband tussen zijn/haar interne affectieve toestand en moeders externe representatie. De representatie is contingent doordat de moeder reageert zoals de baby verwacht. Als de baby bijvoorbeeld weent verwacht hij/zij dat moeder hem/haar troost. Bijgevolg koppelt de baby het troosten van de moeder aan het eigen wenen. Zo heeft de baby het gevoel dat hij/zij controle kan uitoefenen op de acties van de moeder. Hij/zij krijgt het gevoel gezien en begrepen te worden. Het gevoel iets teweeg te kunnen brengen, is bevorderlijk voor de ontwikkeling tot zelfregulatie (Bales, van Beek & Bateman, 2007). Controle krijgen op de omgeving is het greep krijgen op mensen en hun gedrag. Dit komt tot stand doorheen een contingent spiegelproces. Dit is een andere vorm van controle dan illusoire controle. Een baby met autisme krijgt geen controle over mensen en grijpt daarom terug naar illusoire omnipotentie (supra).

In de eerste levensmaanden streeft een baby perfecte contingentie na. Deze vindt hij/zij in motorische/fysieke responsen, die perfect overeenstemmen met stimuli in de omgeving, bijvoorbeeld een mobieltje dat begint te draaien bij een schop. Iedere schop tegen het mobieltje zorgt ervoor dat het draait en iedere keer dat het mobieltje draait, is dat voorafgegaan door een schop. De baby wordt zo georiënteerd naar zijn/haar fysieke zelf en krijgt controle over fysieke responsen. De baby wordt beschouwd als ‘a physical agent’ (Fonagy et al., 2002). Hij/zij denkt even over alles controle te hebben (illusoire omnipotentie).

Op 5 maanden vindt er een switch plaats van het streven naar perfecte contingentie naar het streven naar gedeeltelijke contingentie. Gedeeltelijke contingentie vindt de baby in sociale interacties met anderen. Moeders representaties zijn analoog, maar niet identiek aan de interne affectieve toestanden van haar baby. De moeder zal niet altijd reageren op haar baby's vraag om hulp en niet iedere keer dat de moeder zichzelf wendt tot haar baby zal voorafgegaan zijn door een hulpkreet. Ook hier zal de baby controle willen uitvoeren over zijn/haar moeder en de contingentie maximaliseren. Toch ontwikkelt de baby hier stilaan een meer realistische inschatting van controle hebben doordat het geconfronteerd wordt met frustraties. De baby wordt ‘a social agent’ (Fonagy et al., 2002).

Gedeeltelijke contingenties vindt men ook terug bij Stern (1985 in Vliegen, m.m.v. Leroy & Meurs, 2006) in zijn begrip 'affect-attunement'. 'Affect-attunement' verwijst naar het gedeeltelijk crossmodaal⁹ matchen van een gedragsaspect van een baby dat zijn/haar gevoelstoestand het meest reflecteert. Dit vormt het relationeel antwoord van de zorgfiguur op de affectieve noden van de baby. Ook volgens Winnicott (1971 in Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005) is een balans tussen mismatches en herstel veel belangrijker dan het nastreven van een perfecte match. Met zijn begrip 'good-enough mother' toonde hij aan dat frustraties binnen de ouder-babyinteractie onvermijdelijk, maar ook noodzakelijk zijn om de ontwikkeling te stimuleren.

Een baby met autisme maakt die overgang naar gedeeltelijke contingentie niet. Hij/zij vermijdt sociale gedeeltelijke contingenties en gaat voornamelijk op zoek naar perfecte contingenties die gericht zijn op het fysieke zelf. Deze vindt de baby in stereotiepe zelfstimulatie en repetitieve objectmanipulatie. Hij/zij is zelfs intolerant ten aanzien van gedeeltelijke contingenties. Hij/ zij verdraagt geen variatie in dagelijkse routines en vermijdt sociale interacties waar mogelijk (Fonagy et al., 2002).

3.3.3. Het ontbreken van congruent en gemarkeerd spiegelen

De spiegelingen van de affectieve toestanden van het kind door de moeder zijn in normale omstandigheden congruent en gemarkeerd. Congruent wil zeggen dat moeders reflectie voldoende overeenstemt met de affectieve toestand van haar kind. Gemarkeerde re-presentaties duiden op een bewerking van die presentaties. Dit wil zeggen dat moeders reflectie (perceptueel) opvallend is en dus niet realistisch. Gemarkeerde reflecties zijn reflecties die de affectieve toestand van het kind even doen oplichten. De moeder voegt zo iets toe aan de primaire ervaring van het kind opdat het verschil zichtbaar zou zijn. Als gevolg daarvan zal het kind die reflectie loskoppelen van zijn/haar moeder en zal het die attribueren aan zichzelf. Als een moeder de woede van haar kind reflecteert, zal haar kind haar zien als iemand die zijn/haar woede reflecteert, in plaats van een moeder die woedend is (Fonagy et al., 2002). Gemarkeerde reflecties ondersteunen het gevoel gescheiden te zijn van de moeder. De moeder maakt duidelijk dat het niet haar eigen gevoel is, maar dat van haar kind, hetgeen differentiatie mogelijk maakt. Dit zorgt er ook voor dat het kind zichzelf gaat zien als iemand met eigen gevoelens, gedachten en verlangens (Schmeets & Schut, 2003).

⁹ Via een ander communicatiekanaal dan dat het kind gebruikt.

Contingente, congruente en gemarkeerde representaties leiden tot betekenisgeving van de affectieve toestanden bij het kind. Doorheen het spiegelproces maakt de moeder haar kind meer bewust van zijn/haar affecten, onder andere door deze te benoemen en op te lichten. Eveneens legt ze de link tussen een gevoel en een bepaalde vorm van zorg. Door zorg te bieden, reguleren ze die gevoelens van het kind zodat het niet overspoeld wordt.

De moeder zal pas in staat zijn contingent, congruent en gemarkeerd te spiegelen als zij haar kind ziet als een gescheiden individu met eigen wensen, gevoelens en ideeën. Ze zal als het ware de 'mind' van haar kind in haar 'mind' houden (Meins, 1997). Dit wil zeggen dat de moeder beschikt over een goed vermogen om te mentaliseren. Zij kan zowel zichzelf als anderen beschouwen als individuen met een eigen interne wereld (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005).

Mentaliseren over het kind lijkt wel een instinctief fenomeen en toch slagen vele ouders er niet in om (de juiste) mentale toestanden te attribueren aan hun kind en daar vervolgens gepast op te reageren.

“Some parents may be alert to the earliest suggestions of intentionality, others may need stronger indications before perceiving the child’s mental state and responding to it.” (Fonagy et al., 2002, p. 287)

Als de moeder niet goed kan mentaliseren over haar kind, zal zij niet in staat zijn congruente en gemarkeerde representaties te maken. Zo zal zij de affecten van haar kind ook niet kunnen reguleren. Niet congruente, gemarkeerde representaties komen niet overeen met de affectieve ervaring van het kind. Het kind attribueert de representatie echter wel aan zichzelf. Congruente, niet gemarkeerde representaties komen als het ware te dicht bij de affectieve toestand van het kind en worden als intrusief ervaren. De representatie is te realistisch waardoor het kind deze attribueert aan de moeder. De affectieve toestand van het kind lijkt onaangeroerd en is dus niet gereguleerd (Fonagy et al., 2002).

Interne onlustervaringen worden niet psychisch bewerkt en de frustraties bij het kind over het falen van zijn/haar moeder stapelen zich op. Herhaaldelijke incongruente en niet gemarkeerde representaties leiden tot een traumatische ervaring en berokkenen bijgevolg schade aan de psychische ontwikkeling van het kind. We verwijzen hier naar cumulatief trauma (Kahn, 1963).

We wijken hier even af van de Britse psychodynamische inzichten en kijken bij Lacan naar een mogelijke reactie van het kind op trauma.

Als de Ander tijdens de interacties met het kind niet in staat is de interne onlustervaring (adequaat) te spiegelen, kan het zijn dat het kind zich gaat afwenden van die Ander. Het kind keert zich af tegen de Ander, omdat die via de inadequate spiegelingen gekoppeld wordt aan de interne onlust. De Ander wordt als het ware verantwoordelijk gesteld voor het niet kunnen reguleren van die interne affectieve toestand (Verhaeghe, 2002).

Doorheen een doen-alsof spel tussen moeder en kind leert het kind gemarkeerdheid kennen (Bales et al., 2007). De geëxternaliseerde interne affectieve toestand wordt draaglijker wanneer die gemarkeerd gerepresenteerd wordt. Het is belangrijk dat het kind later in doen-alsof spel traumatische gebeurtenissen kan herbeleven zodat ook deze draaglijker worden. De negatieve affecten, die gepaard gaan met die gebeurtenissen, kunnen geëxternaliseerd worden in het doen-alsof spel. Het kind probeert datgene wat moeilijk is uit te vergroten in spel om er macht over te krijgen. Via doen-alsof spel krijgt het kind de kans om actief controle te hebben over iets wat het passief heeft moeten ondergaan. De positieve gevoelens van controle overschaduwden de negatieve gevoelens van hulpeloosheid. Die negatieve affecten worden zo gereguleerd.

“[...] they provide an experience of safety and agency through the exertion of control, and they can generate corrective emotional “rewriting” of the negative affect memory by reexperiencing it in the marked “as-if” mode with a modified emotional content.”
(Fonagy et al., 2002, p. 299)

Het kind gaat in doen-alsof spel zijn/haar eigen affectieve ervaringen markeren. Zo zal het spel met de poppen na een bezoek bij de tandarts erin bestaan om de tandarts overdreven eng te maken om zo de pijnlijke situatie van het tandartsbezoek te verwerken (Crommar, s.d., p. 6). Een ander voorbeeld vinden we terug in het Fort-da-spel¹⁰ van Freud. In het spel herhaalt en belicht het kind het weggaan en terugkomen van de moeder om zo controle te krijgen over zijn/haar verlatingsangst. Dit spel van komen en gaan vinden we ook terug in kiekeboespelletjes (Scheemts & Schut, 2003).

Naar aanleiding van het gebrek aan gemarkeerde speelsheid van de moeder, mist het kind kansen om te leren doen alsof (Bales et al., 2007). Een kind met autisme valt uit op doen-alsof spel. Het vertoont geen gemarkeerd spel in functie van verwerking van emoties, maar kiest voor louter herhalend spel ter vermindering van emoties (Sucaet, 2007). Een kind met

¹⁰ Freud (1985 [1920]) beschrijft hoe een kind telkens een klosje garen weggooit en vervolgens weer naar zich toetrekt. Hij merkt op dat het kind ‘o’ zegt wanneer het klosje uit het gezichtsveld verdwijnt, en ‘da’ wanneer het garen naar zich toegetrokken wordt. Volgens Freud verwijst ‘o’ naar het Duitse ‘fort’ (weg) dat van toepassing is op het weggaan van de moeder, en verwijst ‘da’ (daar) naar het verschijnen van de moeder (Markey, 2004).

autisme vertoont posttraumatisch spel, waarin het zijn/haar negatieve ervaringen niet kan reguleren. Dit werd eerder beschreven wanneer we de vergelijking maakten tussen autisme en 'Traumatic Stress Disorder'.

Incongruente representaties kunnen tot stand komen als de moeder het gedrag van haar kind verkeerd interpreteert. Dit kan naar aanleiding zijn van onverwerkte conflicten uit het verleden, alsook door een pathologie bij de moeder. Zo kan bijvoorbeeld het wegkijken van het kind in een poging het teveel aan prikkels te ontlopen, geïnterpreteerd worden als 'het kind wil mij niet, het kind haat mij' (Fonagy et al., 2002; Schmeets & Pleiter, 2005).

We hebben nu voornamelijk factoren besproken die gerelateerd zijn aan de moeder. Ook eigenschappen bij het kind zelf kunnen ervoor zorgen dat de moeder het moeilijk heeft om mentale toestanden toe te schrijven aan haar kind. Het is bijvoorbeeld moeilijk als moeder om bij haar hypersensitief kind een onderscheid te maken in de verschillende overweldigende gedachten en gevoelens. We herkennen hier een autistisch kind.

3.3.4. Niet komen tot (adequate) zelfregulatie

Doorheen een periode van co-regulatie in het spiegelproces is het kind stilaan meer in staat zichzelf te reguleren. Doorheen spiegelende representaties hebben affectieve toestanden betekenis gekregen. Naast de representatie van het affect van het kind voegt moeder er vaak ook nog een troostend woord of gebaar aan toe. Zo leert het kind dat het op verschillende manieren met een gevoel kan omgaan. Dit helpt het kind om strategieën te vinden om affecten te reguleren. Het kind weet nu hoe het zichzelf moet troosten en kalmeren. Affecten geven dan zelf richting aan het kind van wat het moet doen om in evenwicht te blijven (Schmeets & Schut, 2003).

Tevens voelt het kind zich bekwaam om zichzelf te reguleren omdat het tijdens het contingent spiegelen de indruk kreeg iets te kunnen uitlokken in zijn/haar omgeving (Fonagy et al., 2002). In stressvolle situaties zal het kind niet in paniek slaan en willen vluchten, maar eerder rustig blijven en beroep doen op zijn/haar zelfregulerende mechanismen (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005). Zelfrepresentaties worden opgebouwd vanuit de representaties die moeders geven aan hun kind. Het beeld dat moeder hen voorhoudt, wordt door hen geïnternaliseerd tot een zelfbeeld, een kijk op het eigen ik (Schmeets & Schut, 2003). Zo kijkt het kind bijvoorbeeld naar zichzelf als iemand die greep kan hebben op zijn omgeving, alsook op zijn interne wereld.

We kunnen hier de vergelijking maken met Lacaniaanse inzichten. De internalisering van de representaties van de moeder leidt tot een gealiënerde identiteit bij het kind, een identiteit komende van de Ander (Verhaeghe, 2002).

Een kind met autisme komt echter niet tot adequate zelfregulatie. Affectieve toestanden zijn overspoelend voor het kind en kunnen niet gereguleerd worden door de moeder. Daardoor ontwikkelt het kind geen adequate zelfregulerende mechanismen. Het kind zal zo steeds kwetsbaar blijven voor overspoeling doordat het geen greep kan krijgen op zijn/haar affectieve ervaringen. Bijgevolg heeft het ook geen gevoel van controle over zijn/haar interne wereld kunnen ontwikkelen. Daarom kiest een autistisch kind voor een massale defensie waarin het zich afsluit van externe en interne prikkels in plaats van er stilaan greep op te krijgen. Deze primitieve defensie is echter geen groeibevorderende “oplossing”.

Een goede zelfregulatie is gebaseerd op het zichzelf in evenwicht kunnen houden in eender welke omstandigheden. Ook de ontwikkeling van het eigen mentalisatievermogen speelt daarin een rol. Andere personen beschouwen als gescheiden individuen, wiens gedrag verklaard kan worden door hun eigen interne wereld, zorgt ervoor dat het kind niet overweldigd wordt door het gedrag van anderen. Door te mentaliseren over die anderen geeft het kind betekenis aan hun gedrag en wordt dat gedrag voorspelbaarder (Fonagy et al., 2002).

Ook Tustin (1994) gaat ervan uit dat kinderen beroep moeten doen op hun zelfregulatie om het hoofd te kunnen bieden aan de eisen van de psychische ontwikkeling: “ the aloneness, the helplessness and the frustration of awareness of bodily separatedness, the establishment of primary relationships, the ‘rootedness’, the sense of ‘belonging’, the weaning, the awareness of dependency, the sense of loss when the suckling mother is not present when needed, the overwhelming rage and grief about this, the tantrum that this arouses and the ecstasy when sensuous satisfaction comes.” (Tustin, 1994, p. 107) We zien hier dat veel van die mijlpalen verwijzen naar het loskomen van de moeder, het verlaten van de symbiose en het streven naar autonomie. Zelfregulatie is dus nodig in het streven naar individuatie. Dit wijst op de adaptieve functie van zelfregulatie.

3.4. Instorting van het mentalisatievermogen na trauma: geen 'intentional agent'

In normale omstandigheden evolueert het kind van 'a teleological agent' naar 'an intentional agent'. Dit wil zeggen dat men niet langer het gedrag van zichzelf en anderen zal verklaren aan de hand van verwijzingen naar het doel, maar aan de hand van de onderliggende mentale toestanden, zoals wensen, gedachten en gevoelens. 'A teleological agent' zal doelgerichte rationele acties begrijpen zonder mentale toestanden te attribueren aan diegene die de actie uitvoert, maar door naar het doel te refereren. Later in de ontwikkeling zal het gedrag van anderen geïnterpreteerd en/of verklaard worden door te verwijzen naar de mentale toestanden van diegene die het gedrag stelt (Fonagy et al., 2002).

Door het spiegelen van de affectieve toestand van het kind door de moeder evolueert het kind van 'a teleological agent' naar 'an intentional agent'. Opdat een moeder goed kan spiegelen, moet ze haar kind beschouwen als een individu met eigen mentale toestanden. Vervolgens doet ze aan mentale veroorzaking. De moeder gaat namelijk na welke intenties, gedachten, gevoelens en wensen het gedrag van haar kind kan verklaren. Zo schrijft ze mentale toestanden toe aan haar kind, mentaliseert ze, zodat het gedrag van het kind betekenisvol wordt. Doorheen mentaliserende interacties met haar kind spreekt ze uit welke gevoelens zij aan het kind toeschrijft, waardoor deze minder beangstigend worden (Fonagy et al., 2002).

Na verloop van tijd zal het kind zichzelf zien als een individu met een eigen 'mind' en zal het zelf ook het gedrag van anderen verklaren aan de hand van het toeschrijven van mentale toestanden. Men kan dit terugvinden in de empathische reacties die kinderen soms stellen. Zo kan het kind de moeder troosten omdat het moeders gedrag interpreteert als een uiting van een onvervulde wens. Het kind gaat het gedrag van anderen interpreteren als gevolg van bepaalde intenties, gedachten, gevoelens en wensen. Intentioneel interpreteren wordt zo geassocieerd met mentaliseren. Op basis van herhaalde interpretaties gaat het kind bepaalde verwachtingen creëren ten aanzien van anderen. Die concrete interpretaties en verwachtingen worden vervolgens geabstraheerd en samengebracht in objectrepresentaties (Fonagy et al., 2002).

"As a result of repeated experiences with similar types of goal-directed actions of significant others – such as caregivers or siblings - in comparable situations, children will begin to attribute *generalized intentions or attitudes* to them: these become stable characteristics of their representations of these others." (Fonagy et al., 2002, p. 239)

Een kind met autisme maakt geen overgang naar intentioneel interpreteren en is niet in staat te mentaliseren. Een kind met autisme is als het ware blind voor zijn/haar eigen psyche en die van anderen. Het heeft het moeilijk om standpunten, gedachten en gevoelens van anderen te begrijpen. We verwijzen hier naar het begrip 'mindblindness' van Baron-Cohen (1997). Een kind dat niet (meer) in staat is te mentaliseren, valt terug op een primitievere ervaringswijze. Dit uit zich onder andere in een teleologisch interpreteren (Fonagy et al., 2002).

We hebben incontinent, incongruent en niet gemarkeerd spiegelen eerder geassocieerd met cumulatief trauma. Een jong autistisch kind dat getraumatiseerd wordt, beschikt nog niet over een goed ontwikkeld mentalisatievermogen. Doordat het kind een moeder heeft die niet adequaat kan spiegelen, zal dit vermogen ook niet verder ontwikkeld worden. Trauma ondermijnt de ontwikkeling van het mentalisatievermogen. Zo kan een kind als reactie op trauma zich terugtrekken uit de mentale wereld en zelfs mentalisatieprocessen actief vermijden. Dit is een defensiemechanisme waarmee het kind zich beschermt tegen trauma's in de toekomst. Het mentalisatievermogen stort in na trauma omdat het nadenken over de intenties van een moeder, die niet sensitief en responsief reageert op zijn/haar behoeften, te afschrikwekkend is. Een kind zal zo de confrontatie met de onverschilligheid en wreedheid van de moeder vermijden. Nadenken over haar intenties zou enkel hertraumatiserend werken (Allen et al., 2008, p. 111).

Hoe uit zich het niet kunnen mentaliseren bij een kind met autisme als defensie?

Een kind met autisme heeft moeite om te begrijpen wat en hoe andere mensen denken of voelen en hoe ze zouden kunnen reageren op bepaalde situaties. Daardoor wordt de sociale omgang bemoeilijkt. Het gedrag van anderen komt voor een kind met autisme beangstigend over (Allen et al., 2008). Doordat dit kind geen mentale toestanden aan de ander attribueert, kan het hun gedrag ook niet voorspellen. Een kind met autisme zoekt voorspelbaarheid en houvast in andere zaken, zoals dagelijkse routine (Paternotte, 2003).

Het niet kunnen mentaliseren bij een kind met autisme wordt ook duidelijk wanneer we gaan kijken naar de testresultaten op TOM-tests en naar de voorloper van TOM ('Theory of Mind') (Premack & Woodruff, 1978 in Paternotte, 2003), namelijk de 'joint-attention skills'.

De bekwaamheid om mentale toestanden toe te schrijven aan zichzelf en anderen, hun gedrag te verklaren en te voorspellen en daarvoor ook verwijzen naar het innerlijke in plaats van enkel naar het observeerbare, definieert het begrip TOM, 'Theory Of Mind'. Men verplaatst zich als het ware in de binnenkant ('mind') van de ander om de buitenkant

(gedrag) te begrijpen en te voorspellen (Paternotte, 2003, p. 25). Het begrip 'Theory Of Mind' kunnen we dus associëren met het begrip mentalisatie.

Een kind met autisme heeft een gebrekkig TOM. Dit zien we bij het uitvallen op 'false-belief' taken voor kinderen van 3 à 4 jaar. TOM komt echter pas tot ontwikkeling op die leeftijd. 'False-belief' taken gaan na in hoeverre een kind inzicht heeft in bedrog en misleiding. Een typisch voorbeeld is de Sally-Anne test (Wimmer & Perner, 1983 in Baron-Cohen, 1997). Daarbij krijgen kinderen een verhaaltje te horen over twee meisjes, Sally en Anne. Sally heeft een knikker, die ze in haar mand doet. Daarna gaat ze weg. Terwijl Sally weg is, haalt Anne de knikker uit de mand en doet de knikker in een doos. Dan komt Sally terug. De vraag is nu waar Sally zal zoeken naar haar knikker. Volwassenen en kinderen vanaf 4 jaar zullen antwoorden dat Sally in de mand zal kijken, omdat Sally ten onrechte denkt dat de knikker nog steeds in de mand ligt. Maar jongere kinderen en kinderen met autisme zullen antwoorden dat Sally in de doos gaat kijken, omdat de knikker nu in de doos ligt. Ze lijken uit te gaan van hun eigen standpunt zonder na te denken over de ervaring of kennis van de andere persoon.

We zien reeds voor de leeftijd van 4 jaar symptomen van autisme. 'Joint-attention skills' zijn de voorlopers van TOM (Paternotte, 2003). Ook hier vinden we bij kinderen met autisme beperkingen.

'Joint-attention' kan vertaald worden door gedeelde aandacht. Gedeelde aandachtsfocus is de triadische coördinatie van aandacht tussen een kind, een andere persoon en een voorwerp of gebeurtenis, waarbij beide partijen zich bewust zijn van de aandachtsfocus van de andere (Tomasello, 1995 in Fonagy et al., 2002). Kinderen met autisme zijn in staat tot imperatief wijzen, wijzen naar een object om dat object te verkrijgen (vragende of instrumentele functie). We zien bij kinderen met autisme dat zij vaak de hand nemen van een persoon om deze vervolgens op een object te leggen. Zo vragen ze het object zonder enig verlangen naar een gedeelde interesse (Baron-Cohen, 1997). Kinderen met autisme kunnen echter niet declaratief wijzen, wijzen naar een object om de interesse voor dit object te delen met een andere persoon (tonende functie). Kinderen met autisme zijn dus in staat tot 'joint-attention skills' die geen mentalisatie veronderstellen, maar vallen uit op diegene waar mentalisatie nodig blijkt (Fonagy et al., 2002).

3.5. Risico op loslaten van gehechtheid

Het gehechtheidssysteem is een aangeboren gedragssysteem. De ontwikkeling van dit systeem is echter afhankelijk van vroegere ervaringen in relatie tot zorgfiguren. Of deze positieve of negatieve invloeden zullen hebben, zal afhangen van hoe het kind zijn/haar omgeving en zorgfiguur ervaart (Zeanah & Boris, 2000). De interne representaties van hechtingsfiguren die gevormd worden op basis van vroegere ervaringen, noemt men objectrepresentaties (Cassidy & Mohr, 2003).

Het gehechtheidssysteem is actief op momenten van verlies en angst. Belangrijke ervaringen van verlies en angst vinden we terug bij de psychologische geboorte (supra). Bowlby (1969 in Cluckers, 1994) onderscheidt een aantal reacties op separatieangst gaande van protest over wanhoop naar onthechting. We hanteren deze begrippen ook in ons denken over de reacties van kinderen op het incontinent, incongruent en niet gemarkeerd spiegelen van de moeder. De onveilige gehechtheid van de moeder in de vorm van een onverwerkt verlies of trauma met daar bovenop een gebrekkig mentalisatievermogen, kan daarvan aan de oorzaak liggen (Lyons-Ruth, 2003). Het kind wordt bijgevolg overspoeld door onverwerkte angst.

Eerst zal het kind *protesteren* tegen de frustraties waarmee het in aanraking komt. Wanneer moeder deze frustraties geleidelijk aan opbouwt en het kind voldoende momenten gunt van herstel, zal er een veilige gehechtheidsrelatie ontstaan. De moeder wordt beschouwd als een veilige haven, waarbij het kind terecht kan in momenten van spanning en stress. Het kind leert dat de moeder zijn/haar affecten op die momenten zal reguleren. Zo ontstaan er positieve verwachtingspatronen ten aanzien van de moeder. Later zal het kind deze adequate methoden van reguleren ook overnemen (Cassidy & Mohr, 2003).

Vervolgens, wanneer er echter onvoldoende herstel volgt en de behoeften van het kind om de affectieve toestanden gereguleerd te krijgen onbeantwoord blijven, zal bij het kind *wanhoop* optreden (Cluckers, 1994). Er zal een onveilige gehechtheidsrelatie ontstaan. Het kind kan een georganiseerd patroon ontwikkelen van vermijdend of aanklampend gedrag om zo toch te komen tot enige vorm van affectregulatie (Cassidy & Mohr, 2003). Vermijdende kinderen zullen hun affecten overreguleren. Ze onderdrukken hun negatieve affectieve toestanden. Dit wil zeggen dat ze deze wel voelen, maar niet uiten. Aanklampende kinderen zullen hun affecten onderreguleren. Hun affecten worden explosiever geuit dan dat ze gevoeld worden. Ze worden als het ware uitvergroet. Zo blijven ze persisteren in het zoeken van nabijheid van de zorgfiguur. In beide groepen kinderen komt een adequate zelfregulatie moeilijk op gang (Schmeets & Schut, 2003; Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005).

Als de zorgfiguur erg onvoorspelbaar en beangstigend is, kunnen kinderen deze gaan beschouwen als een veilige haven en tegelijkertijd als bron van angst. Het gehechtheidssysteem wordt geactiveerd en het kind gaat nabijheid zoeken. Eveneens wordt het angstsysteem geactiveerd waardoor het kind zal weggaan van de zorgfiguur. Het kind krijgt daardoor een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. Door de onvoorspelbaarheid in het gedrag van anderen zal het kind niet leren hoe het adequaat kan mentaliseren. De gehechtheidsrelatie beïnvloedt zo de ontwikkeling tot mentaliseren. Het kind kan niet terecht bij de zorgfiguur voor zijn/haar affectregulatie en ontwikkelt zo een negatief verwachtingspatroon ten aanzien van de zorgfiguur. Het kind wordt overweldigend door een onoplosbare angst en zal bijgevolg ook niet leren hoe het zichzelf kan troosten. Hypersensitieve kinderen, zoals kinderen met autisme, hebben een groter risico op een gedesorganiseerde gehechtheid. Een gedesorganiseerd gehechtheidspatroon uit zich in het afwisselen van vermijdend gedrag en aanklampend gedrag (Cassidy & Mohr, 2003). Het gedesorganiseerd gehecht kind probeert tevergeefs aan de hand van een mix van over- en onderregulatie zijn/haar affecten alsnog te reguleren (Schmeets & Verheugt-Pleiter, 2005, p. 2; Allen et al., 2008). Het kind wordt overspoeld door bedreigingen en leert niet hoe hij daar adequaat mee kan omgaan. Daardoor wordt de kans op traumatisering en pathologische reacties op trauma vergroot (Cassidy & Mohr, 2003).

Tot slot, als ook de wanhoop te overweldigend is en de inadequate affectieve dialoog tussen moeder en kind te lang aanhoudt, is er een risico op *onthechting*. Deze kinderen zullen zich onthechten van hun behoeften en affecten. Ze sluiten zich af voor hun affecten in plaats van ze te proberen reguleren. Onthechting kan hier opgevat worden als defensie (Cluckers, 1994). Zeanah & Boris (2003) onderscheiden twee vormen van 'nonattachment'. 'Nonattachment' wordt gekenmerkt door het niet hebben van geprefereerde hechtingsfiguren. De eerste vorm van 'nonattachment' wordt getypeerd door emotionele terugtrekking. Deze kinderen exploreren minder en hebben het moeilijk in de sociale omgang. De tweede vorm daarentegen wordt gekenmerkt door kinderen die in hun gehechtheidsgedrag¹¹ niet discrimineren. Zo zullen zij ook sociale contact initiëren naar vreemden toe.

Kinderen met autisme kunnen we onderbrengen bij de groep van de gedesorganiseerde gehechte kinderen, die een risico lopen op het loslaten van gehechtheid.

¹¹ Bijvoorbeeld nabijheid zoeken, vastklampen, lachen, armen uitstrekken, enzovoort.

3.6. Autisme: 'over-arousal' of 'shut-down'?

De affectieve toestanden van een kind met autisme kunnen niet 'gecontand' worden door zijn/haar ouders en worden ook niet door zichzelf gereguleerd. Een kind met autisme wordt dus overladen met onverteerd psychisch materiaal, wat leidt tot 'over-arousal'. Dit kind wordt overweldigd door zowel positieve als negatieve stimuli, aangezien het de intensiteit ervan niet kan reguleren.

"Some American investigators suggested that children with autism were in a chronic state of over-arousal, while others suggested they were fluctuating between states of over-arousal and states of under-arousal. Dawson and Lewy (1989) suggested that autistic children have a deficit in modulating arousal." (Alvarez & Reid, 1999, p. 63)

Het is niet vanzelfsprekend om bij een kind, dat teruggetrokken lijkt in zijn eigen wereldje, een toestand van 'over-arousal' te herkennen. Tijdens momenten van 'shut down' reguleert het kind zichzelf. Een kind met autisme als defensie wil zich actief afsluiten om zich te beschermen tegen die overspoeling. Alvarez (1996 in Alvarez & Reid, 1999) spreekt over 'withdrawn¹² children'.

Het kan die toestand van 'shut down' bereiken door zich te richten tot de eigen lichaamssensaties. Het kind hanteert daarvoor autistische objecten en patronen (supra). Stereotiep gedrag hanteren in stressvolle situaties krijgt hierdoor betekenis en wordt als functioneel aanzien. Het maakt deel uit van een zelfregulerend mechanisme dat de staat van opwinding controleert (Alvarez & Reid, 1999; Frith, 1996).

"In therapy it is sometimes possible to discriminate states of over-arousal from those situations where the patient is attempting to block incoming arousing stimuli in order to self-regulate downwards to a less aroused state." (Alvarez & Reid, 1999, pp. 97-98)

"He would be overcome by the same sort of disturbing excitement whenever he came close and looked into my eyes or at my face. Then he would suddenly dash away, carry out his hand ritual, and lay his face close to the open section of the window. [...] I began to understand that he was often still in touch with me at such moments. I began to suspect that he had simply gone over to the window to 'cool down'. (Alvarez & Reid, 1999, p. 65)

¹² In tegenstelling tot 'undrawn', waarbij gebrek aan adequaat sociaal contact eerder het gevolg is van een defect of onverschilligheid (Alvarez & Reid, 1999, p.50).

Ook Tustin (1994) beschouwt autisme als een stoornis in de zelfregulatie. Zij meent dat kinderen met autisme zich richten tot stereotiep gedrag wanneer ze hun 'over-arousal' willen temperen.

In tegenstelling tot Tustin gaan sommige auteurs, onder andere Frith & Done (1996), hier niet mee akkoord. Ze zijn ervan overtuigd dat stereotiep gedrag de spanningstoestand niet doet afnemen, maar dat het eerder een uiting van een algemene paraatheid is. Zo menen ze dat herhaling zo goed als geen effect heeft op de regulatie van affecten (Frith, 1996).

Alvarez en Reid (1999) laten ons tevens inzien dat de oorspronkelijke zelfregulerende functie van stereotiep gedrag later gewijzigd kan worden. Andere motieven gaan nu schuil achter stereotiep gedrag. Kinderen zijn bijvoorbeeld als het ware verslaafd geraakt aan hun autistische objecten.

4. Algemene conclusie

In deze masterproef beschreven we dat sommige vormen van autisme een defensieve reactie kunnen zijn op trauma in de vroege objectrelationele ontwikkeling. De symptomen van deze vorm van autisme werden gerelateerd aan hun functie binnen het defensiemechanisme van het jonge kind. Een onderliggende biologische of genetische predispositie komt aan de oppervlakte doordat trauma plaatsvindt. Deze kwetsbaarheid kan zich uiten in hypersensitieve regulatiemechanismen.

De metafoer van Tustin verwijst naar een premature psychologische geboorte. De baby wordt weggerukt van de moeder wanneer hij/zij zich in een éénheid waant met haar ('over-close' symbiose). Daarbij verliest de baby als het ware een lichaamsdeel. Tustin refereert hier naar een te vroeg separeren wanneer de baby onvoldoende geïndividueerd is. Aangezien de ontmoeting met de ander zo traumatisch is, ontkent de baby vanaf dan gescheidenheid in relatie tot anderen. Hij/zij hanteert hiervoor autistische objecten. Doordat de zelf-anderdifferentiatie verstoord is, zal ook de vorming van objectrelaties afwijkend zijn.

Cumulatief trauma (Kahn) vormt een concrete invulling voor het metaforisch trauma. De moeder maakt herhaaldelijk niet contingente, incongruente en niet gemarkeerde representaties van de affectieve toestanden van haar kind. Dit leidt tot een traumatische ervaring. Negatieve affecten blijven aanhouden doordat herstel niet volgt. Aan de basis van deze inadequate co-regulatie ligt onder andere het zwakke mentalisatievermogen van de moeder en het niet initiëren in doen-alsof spel, alsook de hypersensitiviteit van het kind. De negatieve innerlijke (affectieve) ervaringen van het kind blijven bijgevolg psychisch onverwerkt. Het kind is gedesorganiseerd gehecht en dit uit zich in het niet hebben van een éénduidige strategie in het omgaan met anderen. Er is ook een risico op onthechting. Een inadequate affectieve dialoog tussen moeder en kind vormt een intern patroon van affectdisregulatie bij het kind. Deze affectdisregulatie uit zich in een mix van over- en onderregulatie. Affecten vormen dus geen adequate richtingwijzers voor het gedrag.

De moeder erkent de affectieve ervaringen van het kind niet en reguleert ze onvoldoende of helemaal niet. Het kind wordt bijgevolg overspoeld door betekenisloze affecten hetgeen leidt tot een niet te verdragen angst. Deze angst vormt een grote bedreiging voor het gevoel van 'going-on-being'. Toen deze trauma's plaatsvonden, was de baby slechts een immatuur wezen waardoor hij/zij over onvoldoende adequate copingsmechanismen beschikte om trauma psychisch te verwerken. Eveneens beschikt de moeder over onvoldoende mogelijkheden om de traumatische gevoelens en gedachten te 'containen'. Doordat de moeder geen beschermend schild kan bieden aan haar kind blijven interne onlustvolle ervaringen mentaal onverwerkt. In een poging zichzelf daar tegen te beschermen,

construeert het kind een ondoordringbare barrière, die dienst doet als een massief defensiemechanisme.

Het kind is hypersensitief in aanleg en wordt gemakkelijk overweldigd. Deze overspoeling wordt ook niet getemperd door de moeder waardoor het kind meermaals in een toestand van 'over-arousal' terechtkomt. Wanneer deze negatieve affectieve toestanden te lang aanhouden, gaat het kind in een poging om zichzelf te reguleren, zich afsluiten van de omgeving. Het kind is hyposensitief en bevindt zich in een toestand van 'shut-down'.

Autisme als defensie leidt tot een stop op de psychische ontwikkeling. Autisme als defensie kan zo uitgroeien tot een defect, als een autistisch kind niet behandeld wordt in psychotherapie. Een kind met autisme zondert zich af van sociale relaties. Het tracht fysieke sensaties op te wekken omdat het eerder overspoeld werd door onverwerkte gevoelens, gedachten en abstracte denkprocessen. Dit doet het kind door het manipuleren van autistische objecten en patronen, alsook door het stimuleren van het eigen lichaam. In zijn/haar defensie beslist een kind met autisme ook als het ware om zijn/haar prille mentalisatievermogen niet meer verder te ontwikkelen. Het gedrag van anderen wordt daardoor nog meer onvoorspelbaar en bedreigend. Dit bemoeilijkt de sociale omgang met anderen.

Een kind met autisme heeft een verstoorde objectrelationele ontwikkeling. Het ervaart zichzelf als hulpeloos doordat het in zijn/haar relatie met de moeder nooit het gevoel had adequate controle te kunnen uitoefenen. Anderen worden dan weer ervaren als beangstigend. Een kind met autisme heeft geleerd dat anderen geen veilige haven zijn waarbij het terecht kan in tijden van spanning en stress. Als gevolg daarvan vermijdt het kind met autisme objectrelaties en gaat het op zoek naar illusoire onnipotentie.

Beperkingen in mijn eigen literatuurstudie en aanbevelingen voor verdere literatuurstudies.

Doordat ik mijn masterproef voornamelijk gebaseerd heb op de inzichten vanuit de Britse psychoanalytici en weinig ruimte liet voor andere theoretische inzichten, zou je kunnen zeggen dat in mijn masterproef een gebrek heerst aan kritische reflecties die een meerwaarde kunnen bieden.

Alhoewel ik het kijken naar gedrag en de functie van dat gedrag binnen het leven van het kind een noodzakelijk stadium acht vooraleer over te gaan tot de behandelingsfase, is het vaak zo in orthopedagogiek dat de behandelingsfase tegelijkertijd plaatsvindt met de observatiefase. Mijn masterproef sluit hierdoor dan ook meer aan bij de psychologie. In een volgende masterproef zou men op zoek kunnen gaan naar hoe men vanuit psychodynamische inzichten pedagogische richtlijnen kan formuleren.

Het zou interessant zijn om de vergelijking met het Lacaniaans gedachtegoed in de hele masterproef uit te werken. Ook het betrekken van neurobiologische inzichten zou de vergelijking tussen autisme als defect en autisme als defensie kunnen verrijken. In een volgende masterproef zou ook ruimte kunnen zijn voor klinische implicaties. Men zou kunnen nagaan in hoeverre psychodynamische kindtherapie zinvol kan zijn voor kinderen met autisme als defensie.

BIBLIOGRAFIE

Allaert, V. (1996). *Frances Tustin over autisme: Een kritische literatuurstudie van een psychodynamische benadering*. Leuven: onuitgegeven licentiaatsverhandeling, K.U. Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.

Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). Ontwikkeling. In J.G. Allen, P. Fonagy & A.W. Bateman, *Mentaliseren in de klinische praktijk* (pp. 79-122). Amsterdam: Nieuwezijds.

Alvarez, A. (1992). *Live Company: Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children*. London: Routledge.

Alvarez, A., & Reid, S. (Eds.). (1999). *Autism and Personality: Findings from the Tavistock Autism Workshop*. London/New York: Routledge.

American Psychiatric Association. (1944). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bales, D., van Beek, N., & Bateman, A. (2007). Mentalization-Based Treatment voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe & R. Verheul, *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 255-278). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Baron-Cohen, S. (1997). *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. Cambridge: MIT Press.

Barrows, K. (Ed.). (2008). *Autism in Childhood and Autistic Features in Adults*. London: Karnac Books.

Cassidy, J., & Mohr, J.J. (2003). Onoplosbare angst, trauma en psychopathologie: theorie, onderzoek en ideeën over de behandeling van gedesorganiseerde hechting in de hele levensloop. *Toegang tot de Psychotherapie Internationaal*, 11(2), 125-156.

Cassidy, J., & Mohr, J.J. (2003). Onoplosbare angst, trauma en psychopathologie: theorie, onderzoek en ideeën over de behandeling van gedesorganiseerde hechting in de hele levensloop. *Toegang tot de Psychotherapie Internationaal*, 11(3), 308-326.

Cluckers, G. (Red.). (1994). *Gemis en verlies vanuit psychoanalytisch perspectief*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Crommar, C. (s.d.). *Emotionele ontwikkeling van het kind gedurende het eerste levensjaar*. Geraadpleegd op 8 april 2009, op <http://lebovici.be/teksten/teksten.html#emotionele>.

Dehing, J. (Red.). (1998). *Een bundel intense duisternis: Psychoanalytische opstellen rond W.R. Bion*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

de Witte, H.F.J. (1980). Over de ontwikkeling van het transitional object. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 22(5), 296-311.

Edwards, J., & Lanyado, M. (1999). Autism: clinical and theoretical issues. In M. Lanyado & A. Horne (Eds.), *The handbook of Child and Adolescent Psychotherapy: Psychoanalytic Approaches* (pp. 429-443). London: Routledge.

Firth, U. (1996). *Autisme: sleutel tot het raadsel*. Antwerpen: Hadewijch.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. London: Karnac Books.

Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytical Inquiry*, 22(3), 307-335.

Fraiberg, S. (1987). Pathological Defenses in Infancy. In L. Fraiberg (Ed.), *Selected writings of Selma Fraiberg* (pp. 183-202). Columbus: Ohio State University Press.

Haag, G., Tordjman, S., Duprat, A., Urwand, S., Jardin, F., Clément, M.C., et al. (2005). Psychodynamic assessment of changes in children with autism under psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 335-352.

Hinselwood, R.D. (1999). *Countertransference and the Therapeutic Relationship: Recent Kleinian Developments in Technique*. Geraadpleegd op 20 maart 2009, op <http://dspp.com/papers/hinshelwood.htm>

Kahn, M.M.R. (1963). The concept of cumulative trauma. In M.M.R. Kahn, *The privacy of the self: Papers on psychoanalytic theory and technique* (pp. 42-58). New York: International Universities Press.

Kanner, L. (1973). *Childhood psychosis: Initial studies and new insights*. New York: Winston/Wiley.

Lefort, R. (1994). *Birth of the Other*. Urbana/Chicago: University of Illinois Press.

Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: a Longitudinal Perspective From Attachment Research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(3), 883-911.

Maerevoet, M. (2004). *Psychodynamische psychotherapie bij kinderen met psychogeen autisme: Kritisch literatuuronderzoek naar deze therapievorm met bijzondere aandacht voor de Tavistock Autism Workshop*. Leuven: onuitgegeven licentiaatsverhandeling, K.U. Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.

Mahler, M. (1972). On the First Three Subphases of the Separation-Individuation Process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 333-338.

Mahler, M.S., Pine, F., & Bergman, A. (2000). *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.

Markey, S. (2004). *Van twee symbolische tijden in de subjectontwikkeling naar een onderscheid tussen psychose en autisme*. Gent: onuitgegeven paper, UGent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.

Mathelin, C. (1999). *Lacanian psychotherapy with children: The broken piano*. New York: The Other Press.

Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove, UK: Psychology Press.

Mitrani, T., & Mitrani, J.L. (Eds.). (2007). *Encounters with Autistic States: A Memorial Tribute to Frances Tustin*. Northvale/New Jersey/London: Jason Aronson Inc.

Paternotte, A. (2003). *Over de binnen- en buitenkant van de ander: Theory of Mind*. Geraadpleegd op 7 april 2009, op <http://balansdigitaal.nl/assetmanager.asp?aid=221>

Reid, S. (1999). Autism and trauma: Autistic Post-Traumatic Developmental Disorder. In A. Alvarez & S. Reid, *Autism and Personality: Findings from the Tavistock Autism Workshop* (pp. 93-112). London/New York: Routledge.

Rotmann, M (1978). Über die Bedeutung des Vaters in der 'Wiederannäherungsphase'. *Psyche*, 32, 1105-1147.

Schmeets, M.G.J., & Schut, A.P. (Red.). (2003). *Anders en toch hetzelfde: Psychoanalytische ontwikkelingstherapie met kinderen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Schmeets, M.G.J., & Verheugt-Pleiter, J.E. (Red.). (2005). *Affectregulatie bij kinderen: Een psychoanalytische benadering*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Smorenburg, J.M.J, van der Mast, R.C., & de Jonghe, F. (1994). Psychodynamische persoonlijkheidsdiagnostiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36(3), 155-167.

Sucaet, M. (2007). Te ernstig om te spelen? Een niet spelende 'autistische' kleuter in psychotherapie. In N. Vliegen & L. Van Lier (Red.), *Een spel voor twee spelers: Spel en speelsheid in psychoanalytische psychotherapie* (pp. 157-174).

Tustin, F. (1992). *Autistic states in children: Revised Edition*. New York: Routledge.

Tustin, F. (1994). Autistic children who are assessed as not brain-damaged. *Journal of Child Psychotherapy*, 20(1), 103-131.

van der Pas, A. (2007). 'Spoken' – hoed u voor namaak!. *Ouderschap & Ouderbegeleiding*, 10(2), 164-169.

Verhaeghe, P. (2002). Achtergrondtheorie. In P. Verhaeghe, *Over normaliteit en andere afwijkingen: Handboek klinische psychodiagnostiek* (pp. 131-237). Leuven: Acco.

Visser, J.C. (2005). *De DC 0-3: Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen bij infants*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Vliegen, N., & Leroy, C. (Red.). (2001). *Het moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie*. Leuven/Leusden: Acco.

Vliegen, N., m.m.v. Leroy, C., & Meurs, P. (2006). *Kleine baby's, prille ouders: Samen in ontwikkeling*. Leuven/Voorburg: Acco.

Winnicott, D.W. (1990). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development (reprint)*. London: Karnac Books.

Zeanah, C.H., & Boris, N.W. (2000). Disturbances and Disorders of Attachment in Early Childhood. In C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant mental Health* (2nd ed.) (pp. 353-368). New York/London: The Guildford Press.

Zeevalking, M. (2000). *Autisme: Hoe te verstaan? Hoe te begeleiden?* Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.