

# Gehechtheid als beïnvloedende factor van gedrags- en psychologische symptomen bij dementie

L. Van Assche<sup>a</sup>, P. Luyten<sup>b,c</sup>, L. Van de Ven<sup>a</sup>, M. Vandebulcke<sup>d</sup>

## The impact of attachment on behavioral and psychological symptoms in dementia

Contemporary research has increasingly acknowledged the importance of attachment on stress-related processes in ageing. Congruent with this, there has been much research on attachment in older adults over the past three decades. In this article, the main findings of this research are summarized, with a focus on attachment and dementia. Results show that, in general, the number of attachment figures decreases in old age. Moreover, their identity changes as adult children, deceased loved ones and God become more prominent. With relation to the quality of attachment, anxiety in close relations appears to diminish as people age, while attachment avoidance remains relatively stable. Individuals with high levels of attachment security also report greater well-being and a more positive attitude towards ageing compared to persons with low levels of attachment security. Furthermore, individuals characterized by insecure attachment show more behavioral and psychological problems in dementia. Also, caregiver burden, depression, as well as the quality of care giving and future caregiver commitment differ depending on the quality of attachment of the caregiver. There is preliminary evidence for the efficacy of attachment-based interventions in dementia. Finally, there is a need for greater methodological uniformity and the use of measures that are validated for an older population.

Keywords: Attachment, Old age, dementia, behavioral and psychological symptoms in dementia, caregiver

Tijdschr Gerontol Geriatr 2013; 44: 157-165

---

## Samenvatting

De laatste jaren wordt in toenemende mate het belang van hechting op oudere leeftijd erkend.

Getuigen daarvan zijn vele onderzoeken die gebeurden in de voorbije drie decennia. In dit artikel geven we een overzicht van de belangrijkste resultaten met speciale aandacht voor onderzoek naar hechting en dementie.

<sup>a</sup> Klinisch ouderenpsycholoog, Cluster ouderenpsychiatrie van het Universitair Psychiatrisch Centrum - Katholieke Universiteit Leuven (UPC-KUL), Leuven, België

<sup>b</sup> Hoofddocent, Faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen (PPW), Klinische Psychologie, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België

<sup>c</sup> Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, Groot-Brittannië, UK

<sup>d</sup> Universitair docent en ouderenpsychiater, Cluster ouderenpsychiatrie, Afdeling Psychiatrie van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, België

Correspondentie: L. Van Assche, UZ St. Rafaël: Secretariaat Psychiatrie, Kapucijnenvoer 35, 3000, Leuven, België, Email: lies.vanassche@uzleuven.be

Studies suggereren dat het aantal hechtingsfiguren afneemt op oudere leeftijd. Daarentegen wordt de plaats van volwassen kinderen, een overleden partner en God prominenter. Ook blijkt dat de hechtingsangst daalt naarmate mensen ouder worden, terwijl hechtingsvermijding relatief stabiel blijft. Veilige gehechtheid is verder positief gerelateerd met groter welzijn en een positievere visie op ouder worden in vergelijking met meer onveilig gehechte individuen. Onveilige gehechtheid hangt ook samen met een toename van gedrags- en psychologische problemen bij dementerende ouderen. Bij de zorgverlener zijn draaglast en depressiviteit, evenals de wijze waarop zorg opgenomen wordt en het engagement naar de toekomst toe, verschillend afhankelijk van de hechtingsstijl. Conform deze bevindingen lijken hechtingsgebaseerde interventies een positief effect op gedrags- en psychologische symptomen bij dementie te hebben, maar meer onderzoek is hier duidelijk nodig. Tot slot is er nog een weg af te leggen wat betreft uniformisering en validering van meetmethoden voor hechting op oudere leeftijd.

---

Trefwoorden: Hechting, oudere leeftijd, dementie, gedrags- en psychologische symptomen bij dementie, zorgdrager

### Inleiding

*Annie kijkt bezorgd. Ze loopt de hele dag te zoeken en vraagt aan iedereen die ze op de afdeling tegenkomt: "Kan jij mij helpen? Ik moet de uitgang vinden, mijn man wacht op mij. Hij zou mij hier komen halen maar ik kan er niet naartoe." Wanneer aan Annie gezegd wordt dat haar man pas om 16u komt, dan kijkt ze niet begrijpend. "Ik moet naar buiten, mijn man is aan het wachten. Niemand wil mij buitenlaten!" Sommige medewerkers vinden Annie een aanklappende vrouw en ze weten niet goed wat te doen. Dit leidt weleens tot conflicten. Wanneer anderen evenwel aan Annie vragen stellen over haar man, dan vertelt ze vol trots dat hij een bedrijf heeft opgericht waar zij altijd in meegewerkt heeft. Ze waren elke dag samen. Haar zonen werken nu ook in het bedrijf. Annie voegt toe dat ze twee heel brave zonen heeft, en slim! Even wordt ze rustig en ze glimlacht.*

*Sinds zijn echtgenote is overleden, reageert Jan geprikkeld en is hij helemaal niet gemotiveerd om deel te nemen aan therapieën. Wanneer hij uit bed gehaald wordt, is hij bovendien agressief en tijdens het wassen zit hij er gelaten bij. Hij laat zich als een grote pop verzorgen. De dochter van Jan vertelt dat hij nooit veel*

*gepraat heeft over gevoelens. Als hij vroeger kwaad of verdrietig was, ging hij in zijn atelier werken tot in de late uurtjes. Na enkele dagen klaarde zijn humeur dan vanzelf weer op. Jan is iemand die zijn verdriet liever in zijn eentje verwerkt, hij heeft geleerd om vooral op zichzelf te rekenen. Door hem op geregelde tijdstippen met rust te laten en beledigingen met humor te ontvangen, ontstaat er uiteindelijk een band en leren we Jan beter kennen.*

Bij ongeveer 80% van alle ouderen met dementie komen, ongeacht de etiologie, gedrags- en psychologische problemen, zoals dwaalgedrag of agressie, voor.<sup>1</sup> Deze hebben een ernstige impact op de levenskwaliteit van de betrokkenen en hun omgeving. In het verleden werd daarom reeds het belang benadrukt van een hiervan nauwkeurig in kaart brengen.<sup>2</sup> Recent wordt evenwel ook veel aandacht besteed aan de context waarin deze moeilijkheden optreden. Meer bepaald gaat het om huidige en vroegere levensomstandigheden, persoonlijkheid, gezondheid en fysieke conditie.<sup>2</sup> Het uitgangspunt van deze bijdrage is dat specifieke kennis over gehechtheid, als onderdeel van de persoonlijkheid, eveneens erg relevant is om gedrags- en psychologische problemen te begrijpen.

Het hechtingssysteem wordt immers beschouwd als een gedragsstelsel dat geactiveerd wordt in stresserende omstandigheden en dat een centrale rol speelt in de stressregulatie. Zo zoekt een kind toenadering tot zijn moeder wanneer het angstig is, en dit contact reduceert (althans in de context van veilige gehechtheid, zie verder), de angst. Maar ook bij ouderen is dit systeem actief: er zijn immers belangrijke stressoren gerelateerd aan het proces van ouder worden zelf, waaronder het verlies van mogelijkheden, ziekte, of het overlijden van een geliefde. Een aandoening zoals dementie, waarbij de cognitieve controle vermindert, maakt bovendien dat de gedragsmatige gevolgen van een activering van het hechtingssysteem zeer duidelijk worden. Dan blijkt ook hoe verschillend mensen reageren: sommigen zoeken nabijheid en komen aanklappend over, anderen trekken zich net terug.

In dit artikel geven we een overzicht van de stand van zaken van het onderzoek over gehechtheid bij ouderen en meer specifiek de invloed ervan op het gedrag bij dementie. Vertrekkende vanuit de hechtingstheorie wordt een kort overzicht gegeven van de bevindingen bij mensen op oudere leeftijd. Daarna wordt dieper ingegaan op de invloed van hechting op gedrags- en psychologische problemen bij dementie en op de draaglast van de centrale

zorgverlener. Vervolgens komen hechtingsgebaseerde vormen van interventie aan bod. Tot slot formuleren we implicaties voor de klinische praktijk en enkele kritische bedenkingen over het onderzoek.

## Methode

Voor de huidige narratieve review vond een systematische zoektocht plaats naar literatuur vanaf 1983 tot 2013 in de volgende databanken: Academic Search Premier, Cochrane Library, Embase, Medline, PsycInfo, PubMed, Social Sciences Citation Index, Science Citation Index Expanded en ISI Web of Knowledge/Science. Daarbij werden de zoektermen ‘attachment’, ‘attachment style(s)’, ‘attachment pattern(s)’, ‘attachment behavior’ telkens gecombineerd met ‘late(r) life’, ‘lifespan’, ‘old age’, ‘elderly’, ‘aging’, ‘dementia’ of ‘Alzheimer’s disease’. Nadien gebeurde een selectie van de relevante publicaties en werden literatuurlijsten van deze publicaties doorzocht. Zowel empirische studies als literatuuroverzichten uit tijdschriften met peer review werden geïncludeerd. Dit leverde 32 publicaties op, waarvan de belangrijkste bevindingen beschreven zullen worden.

## Hechtingstheorie en onderzoek

### *Hedendaagse modellen*

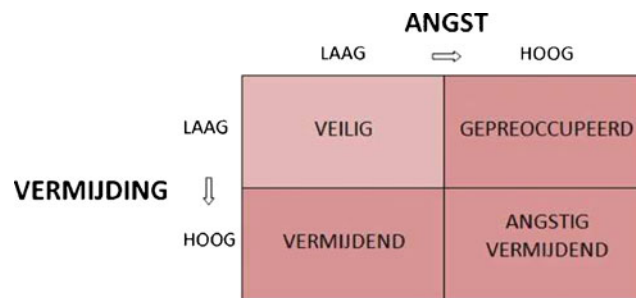
Huidige hechtingstheorieën, die verder bouwen op de oorspronkelijke theorie van Bowlby, beschouwen het hechtingssysteem als een biologisch bepaald gedragssysteem bestaande uit twee modules.<sup>3</sup> Een eerste module staat in voor het detecteren van mogelijk gevaar. Een waargenomen bedreiging activeert een tweede module, die ervoor zorgt dat een mens veiligheid zal nastreven door de nabijheid van een hechtingsfiguur op te zoeken. Wanneer deze hechtingsfiguur voldoende sensitief en responsief is, dan treedt er een daling van het stressniveau op en zal het hechtingsgedrag afnemen ten voordele van exploratie van de omgeving. Dit wordt een primaire regulatiestrategie genoemd. In het geval een hechtingsfiguur onvoldoende sensitief is of non-responsief en zelfs abusief, dan leert een kind om op andere manieren, via secundaire en minder optimale regulatiestrategieën, een gevoel van veiligheid na te streven. Een eerste van deze secundaire regulatiestrategieën, de hyperactiverende strategie, houdt in dat kinderen overdreven hechtingsgedrag zullen stellen om toch een reactie uit te lokken bij de zorgverlener. Bij een deactiverende strategie,

daarentegen, zal iemand bijna dwangmatig op zichzelf gaan rekenen bij confrontatie met stresserende gebeurtenissen.

Ervaringen met zorgverleners leiden geleidelijk tot de vorming van interne werkmodellen die bestaan uit veralgemeende verwachtingen, herinneringen, cognities en emoties die mee bepalen hoe iemand omgaat met uitdagingen en moeilijke situaties. Deze werkmodellen kleuren de verwachtingen die men heeft over het functioneren en de beschikbaarheid van belangrijke anderen (model van anderen), maar ook hoe iemand zichzelf ervaart (model van zichzelf). Interne werkmodellen tonen enerzijds een zekere stabiliteit doorheen het leven; anderzijds is er enige flexibiliteit gerelateerd aan individuele levenservaringen en ontwikkelingsfasen.<sup>3</sup> Het spreekt voor zich dat kennis over de werking van het hechtingssysteem op latere leeftijd relevant kan zijn met betrekking tot de omgang met stresserende gebeurtenissen gerelateerd aan het proces van ouder worden.

### *Meetmethoden*

Voor de meting van hechting hebben twee tradities zich relatief onafhankelijk van elkaar ontwikkeld. Een eerste bestudeerde de vroegkinderlijke gehechtheid (bv. met gedragsobservaties of een interview);<sup>4,5</sup> een tweede traditie betrof de meting in volwassen (romantische) relaties (bv. door zelfrapportage). Vanuit deze laatste traditie worden vier hechtingsstijlen onderscheiden: veilig, gepreoccupeerd, vermijdend en angstig vermijdend.<sup>6</sup> Dit onderscheid is gebaseerd op een benadering die zich richt op twee onderliggende dimensies, namelijk hechtingsangst en –vermijding (zie Figuur 1).<sup>6</sup> *Veilige hechting* (kenmerkend voor ongeveer 70% van de volwassen bevolking) houdt in dat er weinig angst voor of vermijding van hechting is. Deze mensen staan met vertrouwen in een relatie en ze schuwen geen nabijheid. Bij *vermijdende hechting* (20% van alle mensen) is er weinig angst maar een hoge mate van vermijding. Onafhankelijkheid en compulsieve zelfzorg zijn kenmerkend. Bij mensen met een *gepreoccupeerde hechting* is er sprake van veel angst en weinig vermijding. Zij ervaren een grote behoefte aan nabijheid, hetgeen soms als ‘afhankelijkheid’ kan worden geïnterpreteerd. *Angstig vermijdende hechting* is gekenmerkt door een hoge mate van angst evenals vermijding. Deze mensen verlangen naar nabijheid maar ontwijken deze omdat ze vrezen afgewezen te worden. Wel is het belangrijk toe te voegen dat het hierbij dus gaat



**Figuur 1** Schematische voorstelling van onderliggende dimensies hechtingsvermijding en hechtingsangst, en de resulterende vier hechtingsstijlen: veilige hechting, vermijdende hechting, gepreoccupeerde hechting, angstig vermijdende hechting

om dimensies, waarbij mensen ook afhankelijk van de relatie en de context, verschillend gehechtheidsgedrag kunnen vertonen.

### Hechting op oudere leeftijd

Een eerste groep onderzoeken heeft zich gericht op de *identiteit en het aantal hechtingsfiguren* op oudere leeftijd. Algemeen kan men stellen dat het aantal gehechtheidsrelaties dat gerapporteerd wordt op jonge leeftijd kleiner is dan in de volwassenheid. Het aantal hechte relaties neemt daarna opnieuw af op oudere leeftijd.<sup>7, 8</sup> Gemiddeld genomen ziet men over de levensloop dus een curvilineair patroon en dit geldt voor verschillende culturen.<sup>8</sup> Daarbij treden er duidelijke veranderingen op in de identiteit van de hechtingsfiguren die hechtingsfuncties vervullen; zo komen bijvoorbeeld de volwassen kinderen, de arts of zogenaamde ‘symbolische’ hechtingsfiguren, zoals een overleden geliefde of God meer op de voorgrond te staan.<sup>7-9</sup> Daarnaast ziet men evenzeer andere vormen van hechting ten overstaan van niet levende personen: objecten, ideeën of huisdieren.<sup>10</sup> Ook de hechting met de plaats, de omgeving waarin men verblijft, krijgt op oudere leeftijd een meer prominente betekenis met een duidelijke invloed op de graad van subjectief welbevinden.<sup>11, 12</sup>

Een tweede groep van onderzoeken handelt over de *kwaliteit van hechting*. Zo neemt de dimensie hechtingsangst wat af: de gepreoccupeerde hechting komt daardoor minder voor bij ouderen, terwijl er meer vermijdende en veilige hechting wordt vastgesteld.<sup>7, 13-18</sup> In tal van studies werd ook het verband onderzocht tussen *zelfgerapporteerde hechting, welzijn en emotieverwerking bij ouderen*. Zo komen Bodner en Cohen-Fridel<sup>19</sup> in een recent onderzoek tot de conclusie dat vermijdend en veilig gehechte individuen een hogere levenskwaliteit rapporteren dan angstig vermijdende of gepreoccupeerde personen en dat

ze over het algemeen een positievere houding hebben ten opzichte van het ouder worden. Uit experimenteel onderzoek blijkt evenwel dat voorzichtigheid geboden is.

Gehechtheidsvermijding hangt namelijk vaak samen met onderrapportering van negatieve gevoelens. Zo hangt een laag zelfgerapporteerd stressniveau in bedreigende situaties bij vermijdend gehechte individuen samen met verhoogde hartslag of bloeddruk, die juist indicatief zijn voor een verhoogd stressniveau. Fysiologische parameters wijzen bovendien op een relatief sterker verhoogd stressniveau bij vermijdende individuen op oudere leeftijd in vergelijking met vermijdende personen op jongere leeftijd.<sup>20</sup> Dit lijkt de hypothese te ondersteunen dat vermijdend gehechte individuen negatief affect ontkennen en afweren. Dit patroon lijkt duidelijker te worden naarmate zij ouder worden. Dit is klinisch wellicht heel herkenbaar: ontkennen van problemen en het weigeren van hulp. Uit deze studies blijkt dat dit niet noodzakelijk een bewuste strategie is, daar zeker een deel van deze ouderen bewust geen problemen ervaart.

Tot slot werd ook de invloed van gehechtheid op potentieel *traumatiserende gebeurtenissen*, zoals het overlijden van een hechtingsfiguur of het meemaken van een oorlogssituatie, onderzocht.<sup>21</sup> Onveilige hechting, in tegenstelling tot veilige hechting, hangt vaker samen met bemoeilijkte rouw bij een overlijden van de partner.<sup>22</sup> Ook blijkt dat bij 42% van individuen die betrokken waren in een oorlog, er sprake was van gedesorganiseerde hechting.<sup>21</sup> Veilige gehechtheid had hier, tegen de verwachting in, geen bufferend effect.

### Hechting en dementie

#### *Gedrags- en psychologische symptomen bij dementie*

De algemene tenor van de meeste onderzoeken is dat een premorbide onveilige

gehechtheid positief samenhangt met gedrags- en psychologische problemen bij dementie. Miesen<sup>23</sup> vond, gebaseerd op systematische observaties van ouderen in een separatiesituatie, dat problematisch gedrag samenhangt met 'overt' hechtingsgedrag, zoals aanklappen en roepen naar aanleiding van een scheiding met een hechtingsfiguur, vooral in de eerste fasen van het ziekteproces. In latere fasen van de aandoening treedt meer 'covert' hechtingsgedrag op: een verminderd contact met de realiteit gekoppeld aan de continue behoefte aan veiligheid en nabijheid leidt dan vaak tot 'ouderfixatie', een preoccupatie met de overleden ouders en het geloof dat zij nog in leven zijn. Osborne, Stokes en Simpson<sup>24</sup> zien deze ouderfixatie als een fenomeen waarvan het al dan niet optreden afhankelijk is van omgevingsfactoren, premorbide persoonlijkheid en hechtingsstijl. Een verblijf in een woon- en zorgcentrum, een hogere mate van premorbide neuroticisme en onveilige hechting hingen samen met meer ouderfixatie. De gedragsmatige uitingen ervan, zoals wegloupedrag of praten over de ouders, namen bovendien toe bij een verminderde executieve controle. Browne en Shlosberg<sup>25</sup> vonden zoals Miesen dat met de progressie van de dementie de kans op ouderfixatie toeneemt. Ze stellen daarentegen wel een constante aanwezigheid van overt hechtingsgedrag vast doorheen het ziekteproces. De bevindingen van Magai et al.<sup>26</sup> liggen in dezelfde lijn: een veilige premorbide hechting was positief gecorreleerd met de uiting van plezier bij patiënten met een matige tot ernstige graad van dementie. Patiënten met een vermijdende hechtingsstijl vertoonden minder vreugde en minder interesse tijdens familiebezoek. In vele gevallen zag men bij deze patiënten ook paranoïde waangedachten. Bij personen met premorbide een gepreoccupeerde hechting zag men dan weer meer angst en depressie. Deze observatie is consistent met de verwachtingen gezien gepreoccupeerde hechting gekenmerkt wordt door een lage hechtingsvermijding en een hoge hechtingsangst. Met deze gehechtheidsregulatiestrategie zijn mensen geneigd om de nabijheid van een hechtingsfiguur op te zoeken bij stress. Het stressniveau daalt wanneer ze getroost en gerustgesteld worden. Als hechtingsfiguren niet in de buurt zijn, dan blijven ze een verhoogde arousal en angst ervaren.

#### *Hechtingsstijl bij de zorgverlener*

Het ligt in de lijn der verwachting dat de hechtingsstijl bij de centrale zorgverlener een

invloed heeft op gedrags- en psychologische problemen bij dementie. Zo vonden Perren et al.<sup>27</sup> dat de combinatie van een vermijdende hechtingsstijl bij de zorgverlener en een onveilige hechting bij de demente persoon samenhangt met een toename van gedrags- en psychologische problemen.

Verschillende hechtingsstijlen bij de zorgdrager leiden ook tot verschillen in de voorbereiding op zich aanmeldende zorgtaken, in de wijze waarop men deze zorg concreet opneemt, in de toe- of afname van het engagement bij het verder verloop van de aandoening, in de gevoelens van angst en depressie en het ervaren van subjectieve draaglast.<sup>28-34</sup> Zo vonden Ingebretsen en Solem<sup>28</sup> dat compulsief zorgende echtgenoten (gepreoccupeerde hechting) zich grenzeloos overgaven aan de zorg voor hun partner en meer hulp bieden dan deze laatste nodig heeft. Angstig gehechte individuen gaan dan weer vaker panikeren en willen kost wat kost de symptomen van dementie bestrijden. Daarbij kan het gebeuren dat een diagnose niet aanvaard wordt, wat kan leiden tot het zoeken naar een tweede mening bij andere medici, en dat er (te) hoge verwachtingen zijn bij een behandeling. Vermijdende zorgdragers zullen zich gemakkelijker afkeren van de patiënt en meer ruzie maken. Personen met een veilige hechting zullen daarentegen de veranderingen en verliezen gemakkelijker accepteren, de zorg opnemen en het contact behouden. Markiewicz, Reis en Gold<sup>29</sup> stelden vast dat zorgdragers die hoger scoren op hechtingsvermijding sneller dan anderen kiezen voor een institutionalisering van hun familielid. Het lijkt conform verwachtingen die vanuit de hechtingstheorie geformuleerd kunnen worden dat mensen met een veilige hechting beter in staat zijn om hun zorg sensitief te stemmen op de behoeften van een familielid met dementie, waar een hoge hechtingsangst eerder positief samenhangt met een te grote nabijheid of het weigeren te accepteren wat de implicaties van een ziekte als dementie bij een familielid zijn. Hechtingsvermijding leidt dan weer tot het zich afkeren van de situatie, niet alleen mentaal maar ook fysiek. Zorgdragers met een geringe angstig-ambivalente attitude rapporteren een breder ondersteunend sociaal netwerk en zijn ook meer tevreden met de ontvangen hulp.

#### *Interventies*

Er zijn tal van pogingen ondernomen om interventies gebaseerd op de hechtingstheorie uit te werken met als doel gedragsproblemen te beperken en het welbevinden te doen toenemen. Zo stelden onder andere Molinari et al.<sup>35</sup> vast dat een reminiscentietherapie die aangepast is voor

demente personen een positief effect op hun welbevinden heeft. Andere voorbeelden van interventies zijn bezoeken van dieren, poppentherapie, simulated presence therapy (waarbij onder meer met audio-opnames wordt gewerkt) en de meer systematische aandacht voor het belang van het lichaamscontact bij pogingen om de patiënt troost, veiligheid of rust te bieden.<sup>36-38</sup>

Belangrijk hierbij is evenwel dat men bij de keuze van de interventies en de wijze waarop men ze uitvoert, rekening houdt met de hechtingsstijl van de betrokken patiënt. Zo onderzochten Colby en Sherman<sup>36</sup> de gevolgen van het bezoek van honden op het welbevinden van geïnstitutionaliseerde ouderen. Bij veilig gehechte bewoners had een bezoek over het algemeen een positief effect op de stemming; bij mensen met een gepreoccupeerde hechtingsstijl zag men eveneens dat de stemming verbeterde en de depressieve symptomen afnamen; bij angstig-vermijdende personen merkte men daarentegen veeleer een toegenomen depressiviteit.

## Discussie

De vele onderzoekingen over hechting bij ouderen leverden interessante bevindingen op die de klinische praktijk kunnen inspireren. Zo blijkt dat bij mensen op oudere leeftijd het aantal hechtingsfiguren daalt, en dat de identiteit van deze hechtingsfiguren verschuift. De volwassen kinderen, maar ook de arts en symbolische hechtingsfiguren waaronder God of een overleden partner worden vaker als hechtingsfiguur benoemd. Hechting aan de woonomgeving neemt daarnaast ook toe. Dit heeft belangrijke implicaties, bijvoorbeeld bij een verhuizing naar een residentiële setting, waarbij het in sommige gevallen aangewezen kan zijn om de eigen huisarts te behouden, of om bijvoorbeeld voorwerpen uit de eigen woning mee te nemen wanneer een kamer ingericht wordt, om zo een gevoel van veiligheid te vergroten. De relatie met de volwassen kinderen kan een aandachtspunt vormen voor therapeutische interventies, maar ook bij het dagelijks leven in een residentiële setting.

Over het algemeen neemt hechtingsangst af, wat leidt tot een toename van veilige en vermijdende hechting in een algemene populatie van ouderen. Dit is een positief gegeven gezien zowel bij veilige als vermijdende hechting een groter welzijn wordt gerapporteerd. Echter, voorzichtigheid is geboden want hechtingsvermijding kan leiden tot onderrapportering van stress. Bij dementie blijkt veilige hechting samen te hangen met minder gedrags- en psychologische problemen, waar een

hoge hechtingsangst en -vermijding kan leiden tot angst en depressiviteit of wanen. Ook is er bij veilige hechting een verminderde draaglast en depressiviteit bij een zorgdrager. Wanneer de zorgdrager veilig gehecht is, kan hij bovendien meer rekening houden met het niveau van functioneren en de behoeften van een persoon met dementie. Hechtingsgebaseerde interventies tonen positieve resultaten, op voorwaarde evenwel dat ze afgestemd zijn op specifieke behoeften van een persoon, mede afhankelijk van diens hechtingsstijl. De voorbeelden bij het begin van deze tekst illustreren dit. Waar Annie gerustgesteld wordt wanneer ze de nabijheid van zorgdragers of familie opmerkt, of over hen kan vertellen en aan hen denkt, wil Jan niets liever dan ruimte voor zichzelf om tot rust te komen.

Ook al gebeurde reeds veel onderzoek met schijnbaar consistente bevindingen en praktische implicaties, toch lijkt er nog een weg af te leggen in het onderzoek naar hechting bij ouderen (met dementie). Onderzoek over hechting bij ouderen maakt gebruik van verschillende meetinstrumenten, wat een veralgemening van onderzoeksbevindingen moeilijk maakt. Onderzoek over hechting bij dementie is hoofdzakelijk aangewezen op experimentele separatiesituaties, waar onderzoek bij gezonde ouderen vaker bewuste zelfrapportage gebruikt die minder tijdsintensief is. Vaak gaat het om instrumenten die niet gevalideerd werden voor een oudere populatie. Er is behoefte aan uniformisering en een validering van meetmethodes bij ouderen. Daarnaast is het aangewezen steeds een duidelijk onderscheid aan te geven tussen een meting van de algemene hechting en een meting van de hechting in specifieke situaties.<sup>39</sup>

Tot nog toe valt op dat in onderzoek over hechting bij dementie relatief weinig andere beïnvloedende factoren in de onderzoeksopzet opgenomen zijn, zoals bijvoorbeeld zelfbewustzijn, sociale cognitie en persoonlijkheid. Dit zal zonder twijfel een rijker beeld geven van de complexe beïnvloeding die bestaat tussen deze concepten, die samen met omgevingsinvloeden en fysieke parameters het gedrag van een persoon met dementie sturen. Tot slot zijn sommige studies gebaseerd op kleine groepen, hetgeen vragen doet rijzen omtrent de robuustheid van de resultaten.

*Hechtingsgebaseerde interventies: een beperkt ontgonnen gebied*

Omtrent de begeleiding van demente patiënten met gedragsproblemen, zijn er in de loop van de

laatste decennia twee grote stromingen waar te nemen. Een eerste manier van benaderen vertrekt van een algemeen kader waarbinnen de vragen omtrent de omgang met de dementen kunnen worden geplaatst en begrepen. Voorbeelden van zo'n algemene benadering zijn de ideeën omtrent 'revalidatie', de 'validation' of de 'warme zorg'.<sup>40</sup> Een tweede stroming vertrekt vanuit een concreet gedragsstoornis, bijvoorbeeld het roepen, en geeft dan tal van richtlijnen in een poging om dit gedrag te doen verdwijnen of afnemen.<sup>41</sup> Toekomstig onderzoek kan zich toespitsen op het ontwikkelen van omgangsvormen die niet zozeer gekoppeld worden aan één bepaald soort gedrag en evenmin van toepassing zijn op 'de patiënt met dementie', maar die vertrekken vanuit een grondige diagnostiek van de premorbide persoonlijkheid en hechtingsstijl van de betrokkene. Zoals blijkt uit het hierboven geciteerde onderzoek over het bezoek van honden, is wat voor de ene patiënt een heilzame en aangename benadering is, voor een andere eerder bedreigend. Daarnaast is er een behoefte aan meer gecontroleerde trials en grotere groepen van proefpersonen om de gesuggereerde effectiviteit van hechtingsgebaseerde interventies duidelijk aan te tonen.

#### *Hechtingsstijl en attitude van de professionele hulpverlener*

Over de invloed van hechting bij de professionele zorgdrager van een demente patiënt gebeurde nog geen onderzoek. Dit is opvallend want op basis van de voorgaande bevindingen kan men zich het grote belang inbeelden van de eigen hechtingskwaliteit, de mogelijkheid tot sensitief afstemmen op de behoeften van een patiënt en hierop gepast reageren. Meer in het algemeen lijkt het een bijzonder aandachtspunt dat men zich als hulpverlener bewust is van het eigen functioneren en de eigen drijfveren. Zo zal de ene hulpverlener die qua persoonlijkheid eerder extravert is en geleerd heeft in het leven om troost te bieden door iemand een schouderklop of knuffel te geven, gemakkelijk contact maken met een gelijkgestemde patiënt. Enige flexibiliteit zal daarentegen nodig zijn wanneer hij wordt geconfronteerd met een patiënt met een hoge mate van hechtingsvermijding, introversie en met weinig behoefte aan lichamelijk contact of een gesprek. De kans bestaat dat het gedrag van deze patiënt als afwijzend wordt geïnterpreteerd. Meer algemeen, zo een misinterpretatie kan gevolgen hebben voor de (medicamenteuze) behandeling, bijvoorbeeld als een hulpverlener een gedrag te snel als eisend of ontremd interpreteert.

Niet alleen is het nodig dat de hulpverlener zich bewust is van zijn gevoelens en drijfveren. Sensitief en ontvankelijk zijn voor wat de patiënt brengt, vergt ook enige basiskennis van de persoonlijkheid of wat men kan verwachten bij anderen en hoe men daar het best mee omgaat. Hierbij is het zeer belangrijk een onderscheid te maken tussen persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie. Wanneer men uitsluitend vanuit de laatste invalshoek de patiënt zou bekijken, dan is er weinig ruimte voor acceptatie en het stilstaan bij de behoeften van de andere. Daarnaast is het uiteraard cruciaal bij patiënten met dementie dat men ook kennis heeft over verschillende types dementie en hun gevolgen op vlak van (sociale) cognitie, persoonlijkheid, stemming en gedrag. Deze basiskennis over persoonlijkheid en dementie kan ook als resultaat hebben dat een behandeling, het dagelijks contact en de inschakeling in een therapieprogramma afgestemd kan worden op de specifieke patiënt.

#### **Besluit**

Het is duidelijk dat er op oudere leeftijd veranderingen plaatsvinden met betrekking tot het aantal en de identiteit van hechtingsfiguren. Ook blijkt er een daling van hechtingsangst. Dit is belangrijk gezien een veilige hechting lijkt samen te hangen met een groter welzijn en betere stressregulatie op oudere leeftijd. Bevindingen omtrent hechting en de confrontatie met dementie suggereren dat onveilige hechting gerelateerd is aan een toename van gedrags- en psychologisch problemen. Een onveilige hechting bij zowel de patiënt als de zorgdrager kan bovendien resulteren in een nog grotere toename ervan. Ook heeft onveilige hechting bij de zorgdrager gevolgen voor de draaglast en stemming van de zorgdrager, het engagement om zorg te dragen en de kwaliteit van de zorg. Interventies die erop gericht zijn om draaglast bij mantelzorgers te verminderen, blijken bovendien een beperktere effectiviteit te hebben wanneer sprake is van onveilige hechting bij de zorgdrager. Hechtingsgebaseerde interventies die erop gericht zijn om gedragsproblemen bij dementie te verminderen, tonen positieve resultaten maar het is zeer belangrijk dat hier verder onderzoek naar gebeurt zodat de effectiviteit ervan duidelijk aangetoond kan worden en interventies in de toekomst ook gedifferentieerd kunnen worden afhankelijk van onder meer de hechtingsstijl bij de patiënt. Tot slot blijkt er een leemte te zijn op vlak van onderzoek naar

hechting bij de professionele hulpverlener, ondanks dat het potentiële belang hiervan

gesuggereerd lijkt te worden vanuit onderzoek naar informele zorg.

### Literatuur

1. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA* 2002; 288(12): 1475–1483.
2. Brooker D. Dementia care mapping: a review of the research literature. *Gerontologist*. 2005; 45(1): 11–18.
3. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York: Guilford Press, 2007.
4. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment. Hillsdale, CA: Erlbaum, 1978.
5. George C, Kaplan N, Main M. Adult Attachment Interview. Unpublished protocol (3rd ed.). Berkley: Department of Psychology, University of California, 1984–1996.
6. Griffin DW, Bartholomew K. Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994; 67: 430–445.
7. Cicirelli VG. Attachment relationships in old age. *Journal of Social and Personal Relationships* 2010; 27: 191–199.
8. Antonucci TC, Akiyama H, Takahashi K. Attachment and close relationships across the life span. *Attachment & Human Development* 2004; 6: 353–370.
9. Cicirelli VG. God as the ultimate attachment figure for older adults. *Attachment & Human Development* 2004; 6:371–388.
10. Cookman CA. Older people and attachment to things, places, pets, and ideas. *Journal of Nursing Scholarship* 1996; 28: 227–231.
11. Gilleard C, Hyde M, Higgs P. The impact of age, place, aging in place, and attachment to place on the well-being of the over 50s in England. *Research on Aging* 2007; 29: 590–605.
12. Ponzetti J. Growing old in rural communities: A visual methodology for studying place attachment. *Journal of Community Rural Psychology* 2003; E6:1–11.
13. Zhang F, Labouvie-Vief G. Stability and fluctuation in adult attachment style over a 6-year period. *Attachment & Human Development* 2004; 6: 419–437.
14. Segal DL, Needham TN, Coolidge FL. Age differences in attachment orientations among younger and older adults: Evidence from two self-report measures of attachment. *International Journal of Aging and Human Development* 2009; 69: 119–132.
15. Chopik WJ, Edelstein RS, Fraley C. From the cradle to the Grave: Age differences in attachment from early adulthood to old age. *Journal of Personality* 2012; Accepted article, doi:10.1111/j.1467-6494.2012.00793.x
16. Fiori KL, Consedine NS, Magai C. Late life attachment in context: patterns of relating among men and women from seven ethnic groups. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 2009; 24: 121–141.
17. Magai C, Cohen C, Milburn N, Thorpe B, McPherson R, Peralta D. Attachment styles in older European American and African American adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences* 2001; 56: 28–35.
18. Van Assche L, Luyten P, Bruffaerts R, Persoons P, Van de Ven L, Vandenbulcke M. Attachment in old age: Theoretical assumptions, empirical findings and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review* 2013; 33(1), 67–81.
19. Bodner E, Cohen-Fridel S. Relations between attachment styles, ageism and quality of life in late life. *International Psychogeriatrics* 2010; 22: 1353–1361.
20. Jain E, Labouvie-Vief G. Compensatory effects of emotion avoidance in adult development. *Biological Psychology* 2010; 84: 497–513.
21. Harari D, Bakermans-Kranenburg MJ, de Kloet CS, et al. Attachment representations in Dutch veterans with and without deployment-related PTSD. *Attachment & Human Development* 2009; 11: 515–536.
22. Sable, P. Attachment, anxiety, and loss of a husband. *American Journal of Orthopsychiatry* 1989; 59: 550–556.
23. Miesen BML. Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and Bowlby's attachment theory. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1993; 8: 147–153.
24. Osborne H, Stokes G, Simpson J. A psychosocial model of parent fixation in people with dementia: The role of personality and attachment. *Aging & Mental Health* 2010; 14: 928–937.
25. Browne CJ, Shlosberg E. Attachment behaviors and parent fixation in people with dementia: The role of cognitive functioning and pre-morbid attachment style. *Aging & Mental Health* 2005; 9: 153–161.
26. Magai C, Cohen CI. Attachment style and emotion regulation in dementia patients and their relation to caregiver burden. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences* 1998; 53B: 147–154.
27. Perren S, Schmid R, Herrmann S, Wettstein A. The impact of attachment on dementia-related problem behavior and spousal caregivers' well-being. *Attachment & Human Development* 2007; 9: 163–178.
28. Ingebretsen R, Solem PE. Spouses of persons with dementia: Attachment, loss and coping.



- Norwegian Journal of Epidemiology 1998; 8: 149–156.
29. Markiewicz D, Reis M, Gold DP. An exploration of attachment styles and personality traits in caregiving for dementia patients. *The International Journal of Aging & Human Development* 1997; 45: 111–132.
  30. Sörensen S, Webster JD, Roggman LA. Adult attachment and preparing to provide care for older relatives. *Attachment & Human Development* 2002; 4: 84–106.
  31. Steele H, Phibbs E, Woods R. Coherence of mind in daughter caregivers of mothers with dementia: Links with their mothers' joy and relatedness on reunion in a strange situation. *Attachment & Human Development* 2004; 6: 439–450.
  32. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 23: 929–936.
  33. Crispi EL, Schiaffino K, Berman WH. The contribution of attachment to burden in adult children of institutionalized parents with dementia. *The Gerontologist* 1997; 37: 52–60.
  34. Karantzas GC, Evans L, Foddy M. The role of attachment in current and future parent caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2010; 65B: 573–580.
  35. Molinari V, Cully JA, Kendjelic EM, Kunik ME. Reminiscence and Its Relationship to Attachment and Personality in Geropsychiatric Patients. *The International Journal of Aging and Human Development* 2001; 52: 173–184.
  36. Colby PM, Sherman A. Attachment styles impact on pet visitation effectiveness. *A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals* 2002; 15: 150–165.
  37. Garrity TE, Stallones L, Marx MB, Johnson TP. Pet ownership and attachment as supportive factors in the health of the elderly. *Anthrozoos* 1989; 31: 35–44.
  38. Cheston RIL, Thorne K, Whitby P, Peak J. Simulated presence therapy, attachment and separation amongst people with dementia. *Dementia* 2007; 6: 442–449.
  39. Ross LR, Spinner B. General and specific attachment representations in adulthood: Is there a relationship? *Journal of Social and Personal Relationships* 2001; 18: 747–766.
  40. Neal M, Barton Wright P. Validation therapy for dementia. *Cochrane databases of systematic reviews* 2003; 3: doi:10.1002/14651858.CD001394.
  41. Gormley N, Lyons D, Howard R. Behavioural management of aggression in dementia: a randomized controlled trial. *Age and Ageing* 2001; 30: 141–145.