



De auteur leidt een *Equipe SOS Enfants* in Brussel, dat werd opgericht in 1985. Op basis van zijn uitgebreide ervaring kunnen we ons een volledig beeld vormen van kindermishandeling. Hij heeft het bijvoorbeeld over de epidemiologische en psychosociale aspecten, om daarna dieper in te gaan op de vaardigheden van een baby en de verschillende soorten trauma en stress. De klinische gevolgen en inter-generatiele overdracht van mishandeling worden ook besproken.

KINDERMISHANDELING



Emmanuel de Becker
Kinderpsychiater, UCLouvain

Ter inleiding

Auteurs zoals Orlinsky, Rønnestad, Willutzki, Silberschatz of Curtis benadrukken dat een relatie die wordt opgebouwd door de patiënt en de arts samen en effectief wordt gebruikt als bron van corrigerende positieve invloed, een constante is in de psychotherapie (1-3). Deze algemene houding krijgt *sui generis* andere accenten, afhankelijk van de epistemologie van de arts. Verschillende andere parameters gaan een rol spelen: zijn persoonlijkheid, de afstemming op de specificiteiten van de patiënt en zijn omgeving, contratransferentiële aspecten van het traject en de eigen evolutie enz. Ieders subjectiviteit interfereert met die van de andere en vult die ook aan, zodat er iets tot stand komt wat gewoonlijk intersubjectiviteit wordt genoemd (4). Elke arts streeft een constructieve vertrouwensrelatie na om de vraag te kunnen beantwoorden, klachten te analyseren en uitgedrukt of verborgen leed te verhelpen. Dat is niet altijd even eenvoudig of evident. In bepaalde situaties wordt de arts geconfronteerd met zijn eigen

opvattingen over de therapeutische relatie, zijn referentiepunten en grondslagen. Soms gaan deze zelfs aan het wankelen (5). Kinder- en jeugdmishandeling zijn hiervan een voorbeeld. We bespreken hierna een aantal aspecten die specifiek zijn voor jonge kinderen die slachtoffer zijn van ongepaste handelingen (bv. verwaarlozing) en/of grensoverschrijdend gedrag (bv. seksueel misbruik). Uiteraard verschilt kwetsbaarheid van persoon tot persoon, afhankelijk van zijn persoonlijkheid, geschiedenis en context. Hoe jonger het slachtoffer echter is, hoe schadelijker de gevolgen kunnen zijn.

Epidemiologische gegevens bevestigen dat mishandeling een veel voorkomend probleem is. Op de 1.000 adolescenten worden er 5 misbruikt; bij kinderen onder de 3 jaar zijn er dat 15 (6). Hoe eerder we kunnen ingrijpen in de geschiedenis van een individu, hoe meer kans om zijn lot anders te oriënteren en de gevolgen van een traumatische gebeurtenis te beperken. Bovendien praten de meeste slachtoffers niet over geweld tijdens de kindertijd. In 60% van de gevallen kan het misbruik echter worden gestopt of beperkt door erover te praten (6, 7). Maar wat als het om een baby gaat? De maatschappelijke statistieken lijken misschien onnauwkeurig, maar ze geven wel aan dat er absoluut moet worden opgetreden om mishandeling te stoppen en dat het slachtoffer en zijn omgeving moeten worden geholpen en verzorgd.

Vaardigheden van de baby

Sinds de jaren 50 is er een groeiende belangstelling voor ouderlijke responsiviteit, hechtingsmethoden, interactie tussen ouders en kind(eren), intersubjectiviteit en de vaardigheden van een baby.

We schetsen kort enkele onderdelen van socialisatie, met de nadruk op de

aangeboren sociale mogelijkheden van baby's. Vanaf de eerste maanden kan een baby gelaatsuitdrukkingen imiteren, onmiddellijk en 24 uur later. Na 6 maanden kan het kind een blik volgen en tussen 9 en 18 maanden ontwikkelt de correlatie tussen gedeelde visuele aandacht en aanwijzen zich. Op de leeftijd van 8 maanden kan een baby zijn voorkeur uitdrukken voor mensen die zich positief en sociaal gedragen. Daarnaast uit hij zich negatief tegenover mensen met een asociale houding. Margoni en Surian toonden aan dat baby's jonger dan 10 maanden machtsrelaties binnen een sociale groep kunnen detecteren (8). Baby's van 17 maanden onderscheiden leiders van tirannen wanneer ze een interactie zien tussen een protagonist en een dominant personage. Een kind van nog geen 2 jaar kan een onderscheid maken tussen machtsverhoudingen op basis van respect (leider) en op basis van angst (tiran). We verwijzen hierbij eveneens naar de impliciete herkenning en benoeming van een mentale toestand.

Elke arts streeft een constructieve vertrouwensrelatie na om klachten te kunnen analyseren en uitgedrukt of verborgen leed te verhelpen.

Daarnaast is spelen essentieel voor de ontwikkeling van de identiteit en voor socialisatie. Het spelletje 'doen alsof' ontwikkelt zich vanaf 9 maanden. We wijzen erop dat de myelinisatie in wezen begint na de geboorte en het snelst verloopt tijdens de eerste 2 levensjaren. Bij baby's helpen verkennend en risicovol gedrag de hersenen vorm te geven, waarbij vroege ervaringen een rol spelen voor de neurale connectiviteit. Hoe beter de ouderlijke responsiviteit is afgestemd

op het kind, met rijke en wederzijdse interactie, hoe beter voor de hersenontwikkeling (9). Concreet: als een moeder binnen 90 seconden reageert, stoppen de meeste kinderen met huilen. Als ze lang mogen huilen, hebben ze na verloop van tijd de neiging om vaker en langer te huilen. Daarom is het belangrijk om moeders die depressief zijn of hun gedrag niet kunnen afstemmen op het jonge kind te identificeren.

Trauma's

Kindermishandeling veroorzaakt altijd een trauma, in welke vorm dan ook. Om traumatisch te zijn moet de gebeurtenis een reële, hypothetische of ingebeelde bedreiging voor de integriteit van de persoon vormen, zijn reactieve en adaptieve vermogen overstijgen en plotseling, onverwachts plaatsvinden. Dit gaat gepaard met gevoelens van angst, terreur, onmacht, eenzaamheid, verlatenheid enz. Het individu ervaart een gevoel waarbij de dood, die van zichzelf of van iemand anders, tot de mogelijkheden behoort (10, 11). Er zijn verschillende soorten trauma's.

Type 1 wordt eenvoudig trauma genoemd en verwijst naar een eenmalige, in de tijd beperkte gebeurtenis die wordt veroorzaakt door een acute stressfactor. Voorbeelden zijn een ongeval, natuurramp of fysieke aanval. Een type 2-trauma is een situatie die zich herhaalt of dreigt te herhalen. Het gaat hier om een context van chronische stress of zelfs misbruik, bv. oorlogsgebeurtenissen, huiselijk geweld, trauma's bij hulpverleners enz. Hoewel een trauma

aanvankelijk altijd van het type 1 is, wordt de pathologische aanpassing steeds groter naarmate de disfunctionele context aanhoudt. Solomon en Heide bepaalden een derde type om de gevolgen te beschrijven van meerdere, ingrijpende en gewelddadige gebeurtenissen die op jonge leeftijd beginnen en lange tijd voortduren (12, 13). Zoals Josse opmerkt, zijn incest en de verschillende vormen van kindermishandeling typische voorbeelden (14). Een complex trauma kan ook het gevolg zijn van chronisch slachtofferschap, van onderwerping van bijvoorbeeld een jong kind aan een dader van traumatische handelingen (15, 16).

Op basis van een psychodynamische analyse wordt aangenomen dat het slachtoffer van een traumatische gebeurtenis deze niet kan koppelen aan een betekende ketting. Tijdens het trauma breekt de 'realiteit van de dood', met andere woorden een beeld van de eigen dood dat voorheen onvoorstelbaar was, door in de psyche. Buiten de handeling zelf overschrijdt het traumatische beeld de excitatiebarrière en fixeert zich op de

oorspronkelijke verdringing. Het trauma duwt representaties, betekenaars en bijbehorende emoties weg. De ervaring van slachtofferschap die voortvloeit uit dat doorbrekende beeld, uit de 'objectivering', is des te intenser omdat het jonge kind nog niet over de psychologische beschermingsmechanismen beschikt om de traumatische gebeurtenis onder ogen te zien en te metaboliseren.

Elke schadelijke omgeving veroorzaakt bepaalde psychopathologische manifestaties bij jonge kinderen.

Er zijn verschillende begrippen die verband houden met mishandeling, bv. destructiviteit, primair en secundair trauma. Deze laatste term lijkt ons ongepast omdat hij alleen op chronologie duidt. Men zou de term 'tweede trauma' moeten gebruiken, aangezien het optreedt na de transgressieve feiten, zonder noodzakelijkerwijs van secundair

belang te zijn (17). Op zichzelf komt het trauma overeen met een hoop moreel leed en intrapsychische en relationele stoornissen die het kind ondergaat door de vele sociaal-familiale repercussies na het einde van de mishandeling. De proporties ervan kunnen groter zijn en langer aanhouden dan het onevenwicht dat rechtstreeks door de agressie zelf wordt veroorzaakt.

Seksueel misbruik van kinderen is momenteel de meest sociaal onaanvaardbare vorm van traumatische agressie. Het volstaat om naar de getuigenissen te luisteren van personen die vastzitten voor seksuele misdaden tegen minderjarigen. Ze worden aangevallen door medegedetineerden omdat ze worden gezien als 'te vernietigen monsters'. Mishandeling leidt echter niet altijd tot zichtbare stoornissen op korte of lange termijn. We zien na de transgressie evenveel individuele trajecten als er individuen in hun singulariteit zijn. Sommigen zijn veerkrachtig, anderen worden intens getroffen door het trauma. De effecten ervan kunnen later optreden, zelfs generaties overslaan.

Kindermishandeling veroorzaakt altijd een trauma, in welke vorm dan ook.

Overdracht van trauma's

Bestaat er een risico op intergenerationale overdracht van mishandeling? Uit de literatuur blijkt dat bijna de helft van de mishandelde kinderen als volwassene opnieuw in een cyclus van mishandeling terechtkomt (18, 19). Er wordt soms gezegd dat ouders de neiging hebben om onopgeloste problemen uit hun eigen jeugd mee te nemen in de opvoeding van hun kinderen (20).

Bijna de helft van de mishandelde kinderen komt als volwassene opnieuw in een cyclus van mishandeling terecht.

'Geesten in de kinderkamer' werpen schaduwen van dreigende ervaringen uit het verleden van de ouders op het heden van hun kinderen. Ze kunnen zelfs veranderen in een reële bedreiging. Dit houdt in dat ze transgenerationale lijnen van pijn, woede, nederlaag, haat en

agressie kunnen veroorzaken. Relationale trauma's uit de kindertijd houden een hoog risico in op onvermogen tot ouderschap en kindermishandeling.

De cyclus van mishandeling ontstaat wanneer de risicofactoren groter zijn dan de beschermende factoren. Vermoedelijk zijn er verschillende combinaties van risicofactoren en beschermende factoren betrokken bij de intergenerationale overdracht van mishandeling. Verschillende paradigma's werpen licht op het fenomeen van de herhaling. Het ecologische perspectief ondersteunt het concept van een complex model met alle betrokken niveaus, namelijk het kind, het gezin, de omgeving en de samenleving. Het concept van complex psychologisch trauma werd naar voren geschoven om de talrijke gevolgen van kindermishandeling te weerspiegelen (21). Wanneer het hechtingssysteem tijdens de kindertijd wordt verstoord, wordt het psychische functioneren van het jonge slachtoffer aangetast door angst. Er ontstaat een onzekere en ongeorganiseerde vorm van gehechtheid. Het kind kan moeilijk omgaan met problemen en heeft moeite

met socialisatie. Complex psychologisch trauma wordt meestal gekenmerkt door een dissociatieve stoornis die kan worden gezien als een afweermechanisme. De stoornis uit zich in geautomatiseerd gedrag, emotionele fragmentatie en identiteitsverandering ten aanzien van de onuitsprekelijke werkelijkheid.

In verband met vroege traumatische ervaringen wordt dissociatie onderscheiden van afweermechanismen zoals verdringing en splijting, die een connotatie inhouden van deconstructie, desintegratie en splitsing van de psyche. Volgens de hechtingstheorie weerspiegelt dissociatie het falen van de interne operationele modellen (IOM's), die het mentale beeld vormen dat het slachtoffer heeft van zichzelf, van de ander en van interactionele patronen. IOM's zijn gebaseerd op ervaringen met significante hechtingsfiguren (*caregivers*). Ze vertegenwoordigen de cognitieve schema's en worden door het kind gebruikt als interne gids om de buitenwereld te verkennen, gevoelens te beheersen en te uiten, gevoelens van anderen te



Een kind van nog geen 2 jaar kan een onderscheid maken tussen machtsverhoudingen op basis van respect (leider) en op basis van angst (tiran).

interpreteren en erop te anticiperen. Bij mishandelde kinderen zijn de IOM's verstoord en worden ze overheerst door een negatief beeld van zichzelf, van de anderen en van zichzelf in relatie tot de anderen (20). Vanuit dit perspectief zou de intergenerationale overdracht van mishandeling evenzeer een herhaling zijn van het geleden geweld als een reproductie van relationele modellen die worden geïnternaliseerd in de vorm van IOM's.

Naast risicofactoren zijn er ook elementen die de intergenerationale overdracht van mishandeling kunnen doorbreken. Deze beschermende factoren worden voornamelijk vertegenwoordigd door positieve interacties die zich onder meer uiten in een significante band met een volwassene tijdens de kindertijd en adolescentie. Op zichzelf verzekert de 'mobiliserende' beschermingsfactor bijgevolg het gegeven van een derde persoon. Dit kan een geschikte en ondersteunende ouder of familielid zijn, of een deskundige met wie een vertrouwensband wordt opgebouwd. De betrokkenheid bij het sociale netwerk is een belangrijke ondersteunende factor. Zowel een positieve therapeutische ervaring als constructieve interpersoonlijke relaties hebben een gunstig effect op het ouderschap van het voormalige slachtoffer van kindermishandeling. Hoewel de kwaliteit van de transferentiële link van wezenlijk belang is, zijn de consistentie, coherentie en bestendigheid van het interventiekader even noodzakelijk. Op basis van de hechtingstheorie wordt de relatie daarnaast als significant beschouwd wanneer het potentieel voor verandering invloed heeft op de IOM's. Het therapeutische standpunt is erop gericht het individu te helpen de disfunctionele interactiepatronen uit de kindertijd niet te reproduceren, door te werken aan de IOM's van slachtoffers van mishandeling.

Stress

Naast trauma is er het begrip stress, dat tegenwoordig veel wordt gebruikt en alle reacties op druk en beperkingen van de omgeving omvat. We maken trouwens een onderscheid tussen stress en angst. Angst weerspiegelt de emotionele toestand, terwijl stress een reactief overlevingsmechanisme is: het lichaam mobiliseert op psychofysiologisch niveau om aan het gevaar te ontsnappen. Hoewel dit proces onder bepaalde omstandigheden nuttig en noodzakelijk is, verandert het in toxische stress als het aanhoudt en chronisch wordt (22).

De effecten die gepaard gaan met de afscheiding van cortisol en adrenaline zijn vooral zichtbaar in de hippocampus, de mediale prefrontale cortex en de amygdala.

Een aanzienlijke en continue afscheiding van het stresshormoon cortisol vanaf de twintigste levensweek in utero heeft dus schadelijke gevolgen voor het kind. Vroege toxische stress, ook wel chronische psychosociale stress genoemd, heeft zowel objectieveerbare gevolgen voor de zich ontwikkelende hersenen (verkleining van de hersenhelften) als waarneembare gevolgen (bv. hyperactiviteit bij elke stressvolle stimulus).

De effecten die gepaard gaan met de afscheiding van cortisol en adrenaline zijn vooral zichtbaar in de hippocampus, de mediale prefrontale cortex en de amygdala. Deze gebieden zijn onder meer essentieel voor het cognitieve geheugen (leren), de integratie van emoties, hechtingsgedrag en het affectieve geheugen. Klinisch leidt chronische stress uiteindelijk tot psychopathologische ontwikkelingen:

stress veroorzaakt frustratie-intolerantie, blokkeert de mechanismen om geweld in te dammen en maakt de patiënt kwetsbaar voor stressvolle gebeurtenissen. Als de stresstoestand aanhoudt, stopt de afscheiding van cortisol. Dit hormoon stimuleert echter ook de waakzaamheid die onder meer nodig is om te leren. Anderzijds blijft de productie van adrenaline doorgaan, waardoor het kind onder spanning komt te staan en mogelijk agressie gaat vertonen tegenover zichzelf of anderen.

De klinische gevolgen van mishandeling

Elke schadelijke omgeving veroorzaakt bepaalde psychopathologische manifestaties bij jonge kinderen. *Adverse childhood experiences* (negatieve ervaringen uit de kindertijd) hebben betrekking op elke context van verwaarlozing en misbruik tijdens de kindertijd. Ze kunnen aan tal van oorzaken worden toegeschreven: discontinuïteit (scheiding, opsluiting enz.), ouder met psychische aandoening, drugsgebruik, echtelijk geweld enz. Schmid geeft een overzicht van posttraumatische heterotopie ontwikkelingen volgens de leeftijd (23). Tijdens de vroege kinderjaren treden er problemen met emotieregulatie en hechtingsstoornissen op. Bij oudere kinderen worden gedragsstoornissen, somatisaties en aandachtsstoornissen met/zonder hyperactiviteit waargenomen. Tijdens de adolescentie zien we vaak dissociatieve stoornissen,

drugsgebruik, angststoornissen en depressie, zelfverminking en suïcidaal gedrag. Tijdens de overgangperiode (15-25 jaar) komen persoonlijkheidsstoornissen en bipolariteit duidelijker naar voren.

Hoe eerder het trauma zich voordoet in het leven van de patiënt, hoe meer gevolgen het heeft. Een trauma organiseert de algemene werking van de psyche, vooral wanneer de patiënt nog niet over de taal beschikt om in woorden uit te drukken wat hij voelt of wanneer hij geen mogelijkheid krijgt om zich uit te drukken. De verwarring tussen verbeelding en realiteit voedt het ontstaan van beangstigende beelden of zelfs hallucinaties die het besef van spatiotemporele oriëntatiepunten verstoren. Kinderen kunnen ook zodanig geschokt zijn dat hun ontwikkeling wordt belemmerd. Bij een kind dat nog geen toegang heeft tot spraak gaan volwassenen soms voorbij aan de reikwijdte van hun gedrag. Voor een baby die wordt blootgesteld aan echtelijk geweld zonder zelf te worden geslagen, bv. wanneer de moeder hem vasthoudt, is de enige optie het ouderlijke geweld te internaliseren.

Keren benadrukt het belang van een posttraumatische stressstoornis bij kinderen tussen de geboorte en de leeftijd van 3 jaar. Hij toont bv. aan dat het voor een kind extreem stresserend is om getuige te zijn van huiselijk geweld, vooral wanneer de belangrijkste hechtingsfiguur wordt geslagen (meestal de moeder) (25). Bij uitbreiding is een bedreigende omgeving, zowel fysiek als psychologisch, rond de hechtingsfiguur een belangrijke stressfactor voor een jong kind. Enkele niet-specifieke symptomen duiden op een trauma bij het jonge kind. Meestal zien we een verstoring van het algehele functioneren die zich uit in hyperactiviteit of teruggetrokken gedrag, overmatig schreeuwen of

huilen, weinig eetlust, laag gewicht, spijsverteringsproblemen, slaapstoornissen enz. Andere mogelijkheden zijn scheidingsangst en gefixeerd gedrag. Het kind lijkt gevoelloos, zelfs geschokt of teruggetrokken in zichzelf. De baby speelt niet meer, is niet ondernemend, lacht en brabbelt minder. Hij vermijdt vaak oogcontact en is moeilijk te kalmeren. Zijn fysieke vaardigheden kunnen eveneens worden afgeremd (kruipen, stappen, zitten, voorwerpen hanteren enz.).



Carel heeft het over de pre-identificerende inprenting van een overmatig aantal stimuli, waarbij de baby geen andere keuze heeft dan te worden overweldigd (26). Berger verwijst naar Roussillon en meent dat het jonge kind 'volledig machteloos staat tegenover het beeld van een vader (of moeder, of oudere broer) die zich gewelddadig gedraagt tegen hem' (Berger, p.29, 2008) (27-29). Uit 'vitale noodzaak' heeft het kind geen andere keuze dan te blijven proberen de band met de ouder(s) te behouden. Het kind is in paniek en wordt geterroriseerd door de angst voor geweld, verlating en contact. Het is logisch dat het ego in een dergelijke context alleen wordt opgebouwd op basis van verwarring en verstoring van de constitutieve lagen (buitenkant/binnenkant, verleden/heden, plezier/lijden, goed/slecht enz.).

Naast een posttraumatische stressstoornis zijn er nog tal van andere problemen, afgaand op de verschillende aanpassingen die de persoonlijkheid ondergaat wanneer iemand tijdens de kindertijd fysiek wordt mishandeld. Er zijn verschillende parameters om de ernst te bepalen. Ze kunnen intrinsiek verbonden zijn met het slachtoffer, deel uitmaken van de sociaal-familiale context of te maken hebben met de aard van de feiten zelf. Zo draagt het genetische erfgoed bij aan het creëren van

psychische kwetsbaarheid en veroorzaakt het ernstige morele schade tijdens de mishandeling en erna. Omgekeerd kan het een aanleg voor veerkracht ontwikkelen. Het is vooral de neurale plasticiteit die verantwoordelijk is voor dit paradigma, door de invloed van omgevingsfactoren op de werking van de hersenen. De hersenen zijn immers een kneedbare structuur die zich na de geboorte voornamelijk ontwikkelt onder invloed van externe stimuli. We wijzen er ook op dat studies over epigenetica hebben aangetoond dat synaptische verbindingen en de expressie van bepaalde genen veranderen op basis van ervaringen en aangeleerde elementen. Bijgevolg dragen de klinische en biologische argumenten bij aan een ontwikkelingsconcept betreffende de gevolgen van vroege en langdurige trauma's.

Tot besluit

Naarmate de samenleving evolueert, wordt meer rekening gehouden met de status van het kind. In het licht van de vorderingen op psychologisch en medisch gebied en in de gerelateerde neurowetenschappen, geeft de samenleving meer aandacht aan de jongste en meest kwetsbare leden van de menselijke gemeenschap. Zo ontstonden er initiatieven in de hulp- en zorgsector die specifiek gericht zijn op kinderen en gezinnen met relatieproblemen die hun ontwikkeling en ontplooiing in gevaar brengen. Door de vooruitgang in onder meer neuroimaging weten we dat de hersenen zich tijdens de eerste levensjaren ontwikkelen op basis van

interacties tussen genetisch erfgoed en ervaringen. We mogen niet voorbijgaan aan de opslag en integratie van vroege trauma's. Ze hebben immers een beslissende impact op de architectuur van de hersenstructuren. Elke interactie tijdens de vroege kinderjaren beïnvloedt rechtstreeks de manier waarop verbindingen tussen neuronen tot stand worden gebracht, en bijgevolg de cognitieve, affectieve en relationele mogelijkheden van de toekomstige volwassene.

Natuurlijk zal er altijd een marge zijn door de subjectiviteit en willekeur van onmogelijk af te bakenen definities. Het onderscheid tussen 'slecht' en 'goed' behandelen, of het nu om een acute

crisis of chronisch geval gaat, kan, afgezien van bepaalde culturele factoren, alleen worden gebaseerd op een analyse van elk geval afzonderlijk. Om de validiteit te vergroten moet de analyse gebeuren tijdens een fijnmazige en grondige evaluatie, die idealiter wordt uitgevoerd door multidisciplinaire teams. Zo ontstaat er een kruisbestuiving tussen de verschillende klinische domeinen (30). Evaluatie van de schade, ondersteuning bij het achterhalen van de betekenis van het zelf en begeleiding bij de heropbouw van het zelfbeeld zijn relevante diagnostische en therapeutische doelen die een positieve assimilatie van traumatische gebeurtenissen mogelijk maken voor zo veel mogelijk jonge slachtoffers.

Referenties

1. Orlinsky DE, Rønnestad MH. How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
2. Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert, Ed., Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th ed. New York: Wiley, 2004.
3. Silberschatz G, Curtis JT. Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. J Consult Clin Psychol 1993;61:403-11.
4. Haesevoets Y-H. Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence De Boeck, Bruxelles, 2008.
5. de Becker E, Maertens M-A. Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. Annales Médico-Psychologiques 2015;173(9):805-14.
6. Child Maltreatment refers to substantiated victims. Source: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth, and Families, Children's Bureau, (2019). Child Maltreatment, 2017. Retrieved from <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.
7. Cicchetti D, Valentino K. Developmental Psychopathology, Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation, 2006, (2e éd.), Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
8. Margoni F, Surian L. Infants' evaluation of prosocial and antisocial agents: A meta-analysis. Dev Psychol 2018;54(8):1445-55.
9. Golse B., Les destins du développement chez l'enfant, Toulouse, ÉRÈS, coll. La vie de l'enfant, 2010.
10. Ogloff JRP, Cutajar MC, Mann E, Mullen P. Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45 year follow-up study, Trends and Issues in Crime and Criminal Justice. Canberra: Australian Institute of Criminology 2012; N° 440.
11. Cohen LR, Hien DA, Batchelder S. The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. Child Maltreatment 2008;13(1):27-38.
12. Solomon E-P, Heide K-M Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma <https://doi.org/10.1177/0306624X99432007>.
13. Solomon E-P, Heide K-M The Biology of Trauma: Implications for Treatment <https://doi.org/10.1177/0886260504268119>.
14. Josse E Chapitre 21. Le traumatisme complexe, Pratique de la psychothérapie EMDR. sous la direction de Tarquinio Cyril, et al. Dunod, 2017, pp. 235-44.
15. De Bellis MD. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. Dev Psychopathol 2001;13:539-64.
16. Courtois CA, Ford JD. Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. Dans Courtois C. A., Ford J D. (Éds), Treating complex traumatic stress disorders: An evidenced-based guide, 2009, (pp. 1 -9). New York, NY: Guilford Press.
17. de Becker E, Hayez J-Y. La pédophilie. Collection Que penser de? Paris et Namur, éditions Jésuites, 2018.
18. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. Dev Psychopathol 2011;23(2):453-76.
19. Mercier G. Rôle du traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité de la relation mère-enfant – Université du Québec (Trois-Rivières), doctorat en psychologie (D. P.S.) juin 2012.
20. Dayan J. L'effet des traumas directs et indirects sur le nourrisson, conférence à l'Hudorf, Bruxelles 30/01/2020.
21. Cook A, Spinazzola J, Ford J, et al. Complex trauma in children and adolescents. Psychiatric Annals 2005;35:390-8.
22. Dozio E, Feldmana M, Moro M-R. Transmission du traumatisme mère-bébé dans les interactions précoces, Pratiques psychologiques 2016; 22: 87-103.
23. Schmid M, Petermann F, Fegert JM. Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. BMC Psychiatry 2013;13:3.
24. Yehuda R, Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. World Psychiatry 2018;17:243-57.
25. Keren M. Traumatisme précoce et jeune enfant: aspects cliniques et psychopathologiques, Sainte Justine, Montréal, 2005.
26. Caryl A. Le jeune enfant violent: sources et devenir. Fondation de l'enfance, 2006.
27. Berger M. Les troubles du comportement cognitive. Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent, Dunod, Paris, 2006.
28. Berger M. Voulons-nous des enfants barbares? Dunod, Paris, 2008.
29. Roussillon R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. in Furtos J., Laval C., La santé mentale en actes. De la clinique au politique, Paris, Érès, 2005, pp. 221-223.
30. Robin P. L'évaluation de la maltraitance: comment prendre en compte la perspective de l'enfant? Rennes: Editions PUR; 2013.