

ReAttach als een salutogene systemische interventie voor nadelige jeugdervaringen: integratie van MIST, ConFusion en het Emotional Symptom Regulation Model (ESRM)

Zeestraten-Bartholomeus P^{1,*}, Schilder S², Bitá M³ en Mehrad A⁴

¹Dr. Paula Zeestraten-Bartholomeus, ReAttach Academie, Berg en Terblijt, Nederland

²Steven Painter, NeuroLog, Verenigd Koninkrijk

³Dr. Mohadeseh Bitá, Bu-Ali Sina Universiteit, Teheran, Iran

⁴Dr. Aida Mehrad, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spanje

***Corresponderende auteur:** Dr. Paula Zeestraten-Bartholomeus, ReAttach Academy, Berg en Terblijt, Nederland, E-mail: paula@reattachacademy.nl

Abstract

Trauma in de vroege kindertijd en nadelige jeugdervaringen (ACE's) vormen een diepgaande verstoring van zowel de neurobiologische ontwikkeling van het individu als het welzijn van gezinsleden [1]. De gecombineerde inzichten van het Emotional Symptom Regulation Model (ESRM) en ReAttach Mapping the Individual State of Mind (MIST) hebben de onderzoekers ertoe aangezet het eerder gepubliceerde ReAttach-protocol voor trauma in de vroege kindertijd te verbeteren en verdere klinische richtlijnen voor ReAttach Affect Coaches te formuleren [2,3]. Recente bevindingen suggereren dat de impact van ACE's wordt gemedieerd door onderliggende autonome toestanden: met name de vecht-, vlucht- en bevriesreacties, die zich manifesteren als zeven verschillende emotionele fenotypes: stress, afsluiting, activering, woede, sociale isolatie, veerkracht en ambivalentie [4,5]. In tegenstelling tot traditionele traumabehandelingen die zich richten op pathologie, legt ReAttach de nadruk op zelfregulerende sensorische modulatie en hyperwaakzaamheid via het Wiring Affect with ReAttach (WARA)-raamwerk, samen met de Forgive and Forget Hood (FFH) en de ConFusion-techniek [6,7,8,9]. Tijdens de face-to-face sessies van ReAttach helpt cognitieve herstructurering patiënten om van een vast denkpatroon over te stappen naar adaptieve schema's en een flexibel groei-denkpatroon [3,10,11]. Door de MIST-vragenlijst af te stemmen op de zeven autonome fenotypes [4,5], kan de ReAttach Affect Coach individuele interventies afstemmen op de "Toestand van het Zenuwstelsel". Deze aanpak maakt gebruik van het Emotional Symptom Regulation Model (ESRM) om de verstoorde regulerende setpoints aan te pakken die de pathologie in stand houden [5]. Door de stabilisatie van co-regulatie binnen het familiesysteem [10] en de toepassing van New Mind Creation (NMC) bevordert ReAttach veerkracht en actualiseert het maladaptieve voorspellende modellen [3,11]. Dit proces verandert het "verplaatste regulerende instelpunt" van het autonome zenuwstelsel, waardoor de cyclus van intergenerationele traumaoverdracht wordt onderbroken [12,5]. Uiteindelijk versterkt de integratie van de ReAttach New Mind Creation (NMC) adaptieve schema's, die positieve jeugdervaringen (PCE's) ondersteunen die veerkracht opbouwen [3].

Trefwoorden: *Adverse Childhood Experiences (ACEs), ReAttach, WARA, Forgive and Forget Hood (FFH), Salutogenesis, Transdiagnostic, Sensory Modulation, New Mind Creation*

Inleiding: De psychobiosociale architectuur van veerkracht

Adverse Childhood Experiences (ACEs) vormen een grote uitdaging voor de volksgezondheid met gevolgen die een

leven lang aanhouden [1]. De impact reikt veel verder dan de kindertijd, aangezien ACEs een belangrijke oorzaak zijn van psychopathologie bij volwassenen [14], het suïcidale gedrag bij mensen met affectieve stoornissen verhogen [14] en het risico op posttraumatische stressstoornis aanzienlijk vergroten [15]. Naast deze effecten wordt trauma vaak van

de ene generatie op de andere doorgegeven. ACEs van ouders kunnen de ontwikkeling en gezondheid van kinderen schaden via intergenerationele mechanismen [12], terwijl deze ervaringen ook de ontwikkeling van sociale kwetsbaarheid tot op middelbare en oudere leeftijd beïnvloeden [16]. Wanneer kinderen voortdurend te maken hebben met toxische stress, blijven hun stressreactiesystemen zeer actief. Deze constante alertheid schaadt de gezonde ontwikkeling van de hersenen doordat ze voortdurende spanning veroorzaken en de normale hersensignalen verstoren [3]. Dergelijke verstoringen leiden vaak tot sensorische overgevoeligheid (SOR). Dit belemmert een gezonde groei, sociale vaardigheden en de gezondheid op lange termijn [2]. Kinderen met neurodevelopmentele stoornissen hebben statistisch gezien een grotere kans op blootstelling aan ACE's [17]. Dit maakt traumagerichte screening en zorg in de eerstelijnszorg een klinische noodzaak [18]. Indien deze ervaringen niet worden aangepakt, zijn ze gekoppeld aan meer contact met de politie [19], aanhoudende eenzaamheid [20] en een hoger risico op middelengebruik [21]. Als reactie op deze complexiteit biedt ReAttach een strategisch, salutogeen kompas. Het Mapping the Individual State of mind (MIST)-instrument (reattachmist.com) staat centraal in deze aanpak. In tegenstelling tot traditionele diagnostische instrumenten identificeert MIST transdiagnostische factoren, waaronder sensorische overgevoeligheid, cognitieve flexibiliteit en arousalniveaus. Deze inzichten maken zeer gepersonaliseerde interventies mogelijk die de onderliggende oorzaken van problemen aanpakken en adaptief functioneren bevorderen [2]. MIST geeft ook diepgaand inzicht in de co-regulatiedynamiek binnen familierelaties, waardoor ReAttach Affect Coaches strategische sessies kunnen opzetten die de collectieve autonome gezondheid van het gezin verbeteren [10]. Deze strategische mapping heeft een neurobiologische tegenhanger. Ze kan zeven verschillende emotionele fenotypes identificeren: *stress*, *afsluiting*, *activering*, *woede*, *sociale isolatie*, *veerkracht* en *ambivalentie* [4]. Deze fenotypes weerspiegelen het autonome 'regulerende setpoint' van een individu. Painter et al. (2026) hebben aangetoond dat het 'zenuwstelsel in toestand'-perspectief suggereert dat ACE's individuen kunnen vastzetten in overlevingsgerichte toestanden. Deze toestanden bepalen hun vermogen tot emotionele regulatie [5]. Het Emotional Symptom Regulation Model (ESRM) vult dit aan. Het verklaart dat chronische symptomen het gevolg zijn van een "verplaatst regulerend setpoint" veroorzaakt door neurobiologische interferentie [5]. ReAttach vereist niet dat mensen hun trauma herbeleven. In plaats daarvan richt het zich op het creëren van veiligheid en het opruimen van interferentie door middel van snelle zelfregulatietools zoals WARA (Wiring Affect with ReAttach) en de Forgive and Forget Hood [6,7,8,9]. Onderzoek toont aan dat deze methode emotionele en gedragsproblemen bij kinderen aanzienlijk kan verminderen. De effectgrootte is sterk, met $d=1,19$ [10]. ReAttach-therapie is gericht op het opbouwen van fundamentele veiligheid en het bevorderen van positieve jeugdervaringen (PCE's). Dit

helpt ontwikkelingskloven te dichten. Het New Mind Creation (NMC)-proces ontwikkelt verder gezonde denkpatronen en een groeimindset [11]. Het ondersteunt de terugkeer van een kind naar ontdekking en spel. Deze algehele verschuiving brengt kinderen van overleving naar neurologische openheid. Het legt een basis voor veerkracht die voortduurt tot in de jongvolwassenheid [22] en later in het leven [23].

Verwarring: Training van autonoom evenwicht en veiligheid

Een belangrijke klinische uitdaging ontstaat wanneer een kind of ouder vastzit in een fenotype met hoge arousal (zoals woede of activatie, wat een staat van intense emotionele activering betekent) of een chronische shutdown-toestand (waarbij het lichaamssysteem overmatig geremd en kalm is, en ontspanning onveilig aanvoelt). In deze toestanden wordt een "rusttoestand" (kalm en ontspannen zijn) vaak als een bedreiging ervaren in plaats van als een bron van comfort. In dergelijke gevallen wordt ConFusion ingezet als een gespecialiseerde ReAttach-techniek om de balans te trainen tussen sympathische (het lichaam activeren voor actie) en parasympathische (het lichaam kalmeren of ontspannen) activatie.

De techniek maakt gebruik van een ritmische, afwisselende cyclus:

Korte sympathische activering: een snelle stimulus van 2 seconden die de patiënt in staat stelt om vanuit een nog niet vertrouwde rusttoestand te "ontsnappen". Dit erkent de noodzaak om het bestaande autonome fenotype te mobiliseren.

Langdurige parasympathische activering: Onmiddellijke daaropvolgende "druk" of diepe remmende tactiele input.

Bij elke cyclus blijft de sympathische activering kort (2 seconden), terwijl de druktijd (de periode waarin diepe, kalmerende aanraking wordt toegepast, overeenkomend met parasympathische activering) geleidelijk toeneemt. Dit proces stelt de ReAttach Affect Coach in staat om het zenuwstelsel op een zachte manier te laten wennen aan een rusttoestand. Door herhaaldelijk de autonome drang (het deel van het zenuwstelsel dataautomatische functies regelt) te "resetten", doorbreekt ConFusion het rigide regulerende setpoint dat in de ESRM wordt beschreven, waardoor een neurobiologische brug (verbinding) ontstaat naar het sociale betrokkenheidssysteem (hersensystemen die helpen bij sociale interactie) en fundamentele veiligheid [2,5].

Het klinische traject: een narratieve benadering voor de ReAttach Affect Coach

De transformatie begint met de ReAttach Affect Coach als navigator. Zij gebruiken de MIST-handleiding en online training om de focus van de interventie te bepalen. In plaats van zomaar een patiënt te kiezen, bepalen ze wie de 'hoofdccliënt' is – de persoon wiens autonome toestand de meeste verstoring in het

gezin veroorzaakt. Deze stap bepaalt het perspectief voor het in kaart brengen en sluit aan bij de werkelijke co-regulatiedynamiek die speelt [10]. Als een ouder de belangrijkste ontregelaar is, begint de coach daar, wetende dat het succes van een kind afhangt van het creëren van een systemische veilige basis.

Nadat het MIST-profiel is opgesteld, zoekt de coach naar tekenen van een "autonome blokkade". Hierbij verliest het zenuwstelsel flexibiliteit en vertoont het vaak sensorische overgevoeligheid en cognitieve rigiditeit. De coach herkent de rusttoestand als een bedreiging in plaats van een bron van comfort. Om dit aan te pakken, begint de klinische behandeling met de ConFusion-techniek. Deze techniek traint de autonome flexibiliteit. De coach stemt sympathische impulsen af op het type van de cliënt en geeft vervolgens langere parasympathische stimulatie. Dit helpt het zenuwstelsel opnieuw te leren om veiligheid te vinden in stilte.

Zodra het regulerende setpoint begint te verschuiven en de ontvankelijkheid is gevestigd, introduceert de ReAttach Affect Coach de Forgive and Forget Hood om neurologische ruis te verwijderen en onmiddellijke veiligheid te bieden [9]. Dit wordt aangevuld door WARA, dat affectieve reacties herprogrammeert richting veerkracht door de emotionele belasting van sensorische stimuli te neutraliseren [6,7].

Naarmate de cliënt fase II ingaat, voert de ReAttach Affect Coach individuele, persoonlijke sessies uit aan de hand van een gestructureerd 7-stappenmodel. Dit proces optimaliseert de neurobiologische spanning en activeert spiegelneuronen om diep contact te creëren. Door sensorische overgevoeligheid te verminderen en sociale cognitieve vaardigheden aan te leren onder deze geoptimaliseerde omstandigheden, bevordert de ReAttach Affect Coach het ophalen van langetermijnherinneringen en het aanpassen van cognitieve vertekeningen. Het uiteindelijke doel van deze fase is om het zelfschema te verschuiven van een vastgerichte mindset van slachtofferschap naar een groeimindset van zelfverantwoordelijke ontdekking.

Ten slotte begeleidt de ReAttach Affect Coach de cliënt naar het creëren van een nieuwe mindset (New Mind Creation, NMC). Hier verschuift de focus naar veerkracht op de lange termijn door de amygdala te herprogrammeren zodat deze functioneert zoals onder veilige hechtingsomstandigheden [11]. De ReAttach Affect Coach helpt de cliënt een interne veilige basis en een gedeeld perspectief van een 'liefdevolle waarnemer' te ontwikkelen, waardoor overlevingsgerichte hyperreactiviteit effectief wordt vervangen door de neurologische openheid die nodig is voor gezonde sociale interactie [3,11]. Deze systemische verschuiving brengt het gezin uit de schaduw van intergenerationeel trauma naar een toekomst die wordt gekenmerkt door actieve groei en spel.

Discussie: ReAttach in het kader van traumagerichte zorg

Het klinische landschap voor de aanpak van ACE's wordt van oudsher gedomineerd door pathologiegerichte modellen. ReAtt Aff Co 2(1): 119-123 (2026)

De integratie van ReAttach met de ESRM en MIST markeert echter een verschuiving naar een transdiagnostische benadering. Traditionele interventies vertrouwen vaak op cognitief georiënteerde benaderingen om psychopathologie bij volwassenen [13] en suïcidaal gedrag [14] aan te pakken. Hoewel deze methoden voor sommigen effectief zijn, kunnen ze een uitdaging vormen voor individuen die vastzitten in "Shutdown"- of "Anger"-fenotypes [4,5], waarbij de prefrontale cortex feitelijk offline is. Standaard traumabehandelingen vereisen vaak dat patiënten traumatische herinneringen herbelevan, wat het risico op hertraumatisering met zich meebrengt [15]. De ReAttach Affect Coach daarentegen gebruikt de FFH en WARA om "neurologische ruis" te verwijderen zonder dat een narratieve hervertelling nodig is [6,9]. Dit sluit aan bij bevindingen dat ultrasnelle interventies een significant effect bereiken door zich te richten op sensorische modulatie in plaats van traumaverwerking [7,10]. Hoewel onderzoek de ernst van intergenerationele overdracht benadrukt [12], behandelen veel modellen het kind geïsoleerd. ReAttach pakt dit aan door de 'hoofdccliënt' te identificeren als de primaire bron van systemische verstoring [2]. Door de autonome toestand van de ouder te stabiliseren, creëert de ReAttach Affect Coach de 'veilige basis' die nodig is voor kinderen, met name voor kinderen met neuro-ontwikkelingsstoornissen die een hoger risico lopen op ACE's [17]. In tegenstelling tot modellen die zich uitsluitend richten op sociale kwetsbaarheid [16] of eenzaamheid [20], bevordert ReAttach een 'groeimindset' door middel van NMC [11]. Door veerkracht op te bouwen en het 'verplaatste regulerende setpoint' te corrigeren [5], zorgt de ReAttach Affect Coach voor een neurobiologische reset die ervoor zorgt dat de erfenis van ACE's wordt vervangen door een toekomst van zelfverantwoordelijk welzijn [22,23].

Conclusie: Een pad naar geïntegreerde vitaliteit

Samenvattend creëert de combinatie van het ReAttach MIST-framework, de ConFusion-techniek en het Emotional Symptom Regulation Model (ESRM) een nieuwe benadering voor de behandeling van Adverse Childhood Experiences (ACEs). Deze methode gaat verder dan traditionele gesprekstherapie. Ze richt zich op het neurobiologische "zenuwstelsel in toestand". De ReAttach Affect Coach kan zo rigide regulerende patronen die trauma in stand houden, ontmantelen. Deze aanpak onderdrukt niet alleen symptomen, maar helpt ook positieve verandering teweeg te brengen door sensorische overgevoeligheid te verminderen. Het maakt de weg vrij voor een nieuwe mindset. De ReAttach Affect Coach begeleidt gezinnen naar een veilige innerlijke basis en stimuleert een groeimindset. Hierdoor wordt de cyclus van intergenerationeel trauma doorbroken en vervangen door veerkracht en ontdekking. Uiteindelijk helpt dit protocol individuen om van overleven naar neurologische openheid te bewegen. Het zorgt ervoor dat de erfenis van ACEs wordt vervangen door zelfverantwoordelijk welzijn en sociale verbondenheid.

Verklaring van belangen

Paula Zeestraten-Bartholomeus is de ontwikkelaar van ReAttach, de WARA, de Forgive and Forget Hood, New Mind Creation en ConFusion. Steven Painter is de ontwikkelaar van het ESRM-model.

Referenties

1. Trejos, RF, & Kirby, RS (2025). Adverse Childhood Experiences (ACEs): What Have We Learned and What's Next? *Annual Review of Public Health*.
2. Painter, S., Zeestraten-Bartholomeus, P., Bitá, M. en Mehrad (2026). Gecombineerde inzichten uit het ReAttach MIST en het Emotional Symptom Regulation Model (ESRM). *ReAttach Affect Coach Journal*, 2(1): 102-115 (2026)
3. Zeestraten-Bartholomeus, P., & Bitá, M. (2025). ReAttach Protocol voor Adverse Childhood Events: Nurturing Resilience and Strength. *ReAttach Affect Coach Journal*, 1(1), 33-39.
4. Painter, S., Zeestraten-Bartholomeus, P., & Mehrad, A. (2025). Voorbij stress en veerkracht: Identificatie van zeven verschillende emotionele fenotypes door middel van grootschalige digitale fenotypering. *ReAttach Affect Coach Journal*, 1(2), 97-101.
5. Painter, S., Zeestraten-Bartholomeus, P., & Mehrad, A. (2026). Het zenuwstelsel in een bepaalde toestand: een heroverweging van de emotionele fenotypes vanuit een autonoom perspectief. *ReAttach Affect Coach Journal*, 2(1), 24-32.
6. Weerkamp-Bartholomeus, P., Marazziti, D., & van Amelsvoort, T. (2020). WARA (Wiring Affect with ReAttach) aangeboden door training op afstand: psychologische eerstehulpinterventie?. *Klinische neuropsychiatrie*, 17(2), 115-116. <https://doi.org/10.36131/CN20200217>
7. Weerkamp-Bartholomeus, P., Marazziti, D., Chan, E., Srivastava, A., & van Amelsvoort, T. (2020). Gerandomiseerde vergelijking van WARA (Wiring Affect with ReAttach) versus afleiding: een pilotstudie naar de effectiviteit van een ultrasnelle transdiagnostische interventie. *Heliyon*, 6(8), e04660. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04660>
8. Weerkamp-Bartholomeus, P., Marazziti, D., & Van Amelsvoort, T. (2021). Remote WARA vergeleken met face-to-face WARA: een pilotstudie. *Frontiers in psychology*, 11, 620027. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.620027>
9. Zeestraten-Bartholomeus, P. (2025). *Vergeef en vergeet: een toegankelijk hulpmiddel om de geest te zuiveren*. ReAttach Therapy International Foundation.
10. Bartholomeus, PJPW (2021). *ReAttach: Een transdiagnostische interventie voor volwassenen en kinderen met psychische problemen* [Proefschrift, Universiteit Maastricht].
11. Zeestraten-Bartholomeus, P. (2024). *Nieuwe geestcreatie*. Stichting ReAttach Therapy International.
12. Racine, N., Deneault, AA, Thiemann, R., Turgeon, J., Zhu, J., Cooke, J., & Madigan, S. (2025). Intergenerationele overdracht van nadelige jeugdervaringen van ouders naar de uitkomsten bij kinderen: een systematische review en meta-analyse. *Child Abuse & Neglect*, 168(Pt 1), 106479.
13. Mildred-Short, G., & Tashjian, SM (2025). Nadelige ervaringen in de kindertijd en psychopathologie op volwassen leeftijd: een benadering met behulp van latente klasseanalyse. *Child Abuse & Neglect*, 169(Pt 2), 107672.
14. Baldini, V., Gottardi, C., Di Stefano, R., Rindi, LV, Pazzocco, G., Varallo, G., Purgato, M., De Ronchi, D., Barbui, C., en Ostuzzi, G. (2025). Verband tussen ongunstige ervaringen uit de kindertijd en suïcidaal gedrag bij affectieve stoornissen: een systematische review en meta-analyse. *Europese psychiatrie*, 68(1), e58.
15. Umar, M., Mustajab, M., Fatima, Z., Richard, RM, Qureshi, SR, Muneer, SU, Shamim, L., Ahmed, S., Hashim, HT, & Basallih, AFM (2025). De impact van nadelige jeugdervaringen op de ontwikkeling van posttraumatische stressstoornis bij volwassenen ouder dan 18 jaar: een systematische review. *BMC Psychiatry*, 25(1), 759.
16. Yin, M., et al. (2025). Nadelige ervaringen in de kindertijd en het verloop van sociale kwetsbaarheid bij volwassenen van middelbare leeftijd en ouderen in China. *Kindermishandeling en -verwaarlozing*, 167.
17. Davidsson, M., Ringström, F., Hagberg, B., Gillberg, C., en Billstedt, E. (2025). Nadelige ervaringen uit de kindertijd bij kinderen met neurologische ontwikkelingsstoornissen en hun ouders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 79(3), 185-193.
18. Szacilo, A., Chaplo, SD, Caringi, J., Keeshin, BR, Vaughn, P., & Abdulahad, L. (2025). Screening van kinderen op negatieve en positieve jeugdervaringen in de eerstelijnszorg. *Pediatric Clinics of North America*, 72(3), 539-552.
19. Testa, A., Jacobs, B., Thompson, J., Pang, N., Jackson, DB, Nagata, JM, & Ganson, KT (2025). Negatieve jeugdervaringen en politiecontact in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 40(9-10), 2188-2204.
20. Curtis, A., Luchetti, M., Prendergast, C., Ahern, E., Creaven, AM, Kirwan, EM, Graham, EK, & O'Suilleabháin, PS (2025). Negatieve jeugdervaringen en eenzaamheid: een systematische review en meta-analyse. *Social Science & Medicine*, 370, 117860.
21. Zhu, J., Racine, N., Devereux, C., Hodgins, DC, & Madigan, S. (2025). Verbanden tussen nadelige jeugdervaringen en middelengebruik: een meta-analyse. *Child Abuse & Neglect*, 168(Pt 1), 106431.
22. Quezada-Gaibor, K., Gomis-Pomares, A., & Villanueva, L. (2025). Negatieve ervaringen in de kindertijd: een gezondheidsrisico in de opkomende volwassenheid. *Journal of Health Psychology*, 30(9), 2088-2102.
23. Haczekewicz, KM, Shahid, S., Finnegan, HA, Monnin, C., Cameron, CD, & Gallant, NL (2025). Adverse childhood experiences (ACEs), resilience, and outcomes in older adulthood: A scoping review. *Child Abuse & Neglect*, 168(Pt 1), 106864.

