



Richtlijn

Problematische gehechtheid

Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming

© NVO, BPSW en NIP

© 2014 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) zijn de opstellers van de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Vermelde beroepsverenigingen zijn intellectueel eigenaar van zowel de richtlijnen zelf als de schriftelijke onderbouwing ervan, de eventuele bijbehorende werkkaarten en de cliëntversies. De beroepsverenigingen geven toestemming voor het verveelvoudigen en opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand van de tekst van deze publicatie alsmede het openbaar maken ervan hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, op voorwaarde dat de drie beroepsverenigingen worden vermeld als de opstellers van betreffende richtlijn en de eventuele overige gebruikte teksten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

TNO Child Health heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van het NIP, de NVO en de BPSW. Dit project werd mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. Zie voor meer informatie de website www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Gebruik als titel van deze richtlijn in referenties altijd: *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.

4e herziene druk 2017

Auteurs

Marianne de Wolff
Francien Dekker-van der Sande
Paula Sterkenburg
Anniek Thoomes - Vreugdenhil

Met medewerking van

Hedwig van Bakel
Femmie Juffer
Kitty Rosenbrand
Henny Steenkamer
Anneke Vinke

TNO Child Health

Postbus 2215
2301 CE Leiden
Telefoon 088 - 866 60 94
Website www.tno.nl
E-mail Marianne.dewolff@tno.nl



Aanbevelingen

Voor alle professionele opvoeders

1. Reageer invoelend en voorspelbaar op de jeugdige die aan je zorg is toevertrouwd. Zo kan de jeugdige een veilige gehechtheidsrelatie opbouwen.
2. Investeer in (de relatie met) de jeugdige. Neem de tijd om samen activiteiten te ondernemen, geef de jeugdige kind je volle aandacht. Luister en kijk goed naar de jeugdige (zie voor een uitgebreide beschrijving werkkaart 2).

Voor (ambulant) begeleiders

1. Wees alert op gehechtheid door erop te letten dat de jeugdige zich op z'n gemak voelt bij de persoon aan wie hij gehecht is. Voelt de jeugdige zich op z'n gemak bij die persoon, laat hij zich troosten of helpen, luistert hij doorgaans naar deze volwassene? Hebben ze samen plezier?
2. Benadruk dat het niet de schuld van de ouders is dat de jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft, maar dat de ouders wel kunnen bijdragen aan herstel van de gehechtheidsrelatie. Zoek de samenwerking met ouders, zodat zij gemotiveerd zijn om door jou gecoacht te worden.
3. Stuur een problematische gehechtheidsrelatie tussen jeugdige en ouder bij door de volwassene te begeleiden bij het sensitief en voorspelbaar reageren. Zie de voorbeelden van werkkaart 2 Hoe bouw je een veilige gehechtheidsrelatie op met een jeugdige?
4. Zorg dat gewerkt wordt aan de (psychiatrische) problemen van de ouders.
5. Bij het ondersteunen van ouders/verzorgers in de omgang met een jeugdige die een problematische gehechtheidsrelatie heeft, staan de begeleider enkele erkende interventies ter beschikking: de VIPP-SD, de Ouder-baby-interventie, PCIT, de Basic Trustmethode en K-VHT. De begeleider dient getraind te zijn in het toepassen van zo'n specifieke interventie.
6. Zie erop toe dat het aantal groepsleiders of begeleiders in de jeugdhulp en jeugdbescherming die de jeugdige regelmatig ziet zo klein mogelijk is.

Voor gedragswetenschappers

1. Screen altijd op problematische gehechtheid in de volgende situaties:
 - wanneer de jeugdige opgroeit in een gezin waarin
 - ... vermoedelijk mishandeling, verwaarlozing of huiselijk geweld aan de orde is (geweest);
 - ... één of beide ouders psychiatrische problemen heeft;
 - ... de stabiliteit en continuïteit van de ouder-kind relatie bedreigd wordt of al doorbroken is, bijv. door een verlies van een gehechtheidsfiguur of door een ziekenhuisopname van het kind op jonge leeftijd.

- wanneer de jeugdige
 - ... een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of verstandelijke beperking heeft;
 - ... geadopteerd is of opgroeit in een pleeggezin;
- 2. Volg bij iedere plaatsing van een jeugdige onder verantwoordelijkheid van Jeugdhulp het stappenplan *Screening en diagnostiek* (werkkaart 3).
- 3. Bestaat het vermoeden dat een jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft, onderzoek dit vermoeden systematisch, liefst met behulp van verschillende instrumenten, en volg een heldere procedure, zoals het stappenplan.
- 4. Jonge kinderen met een problematische gehechtheidsrelatie en gedragsproblemen worden behandeld met behulp van een van de volgende erkende interventies: de VIPP-SD, de Ouder-baby-interventie, PCIT, de Basic Trustmethode en K-VHT.
- 5. Ook wanneer een jeugdige ernstige problemen op het gebied van gehechtheid heeft (zoals een gedesorganiseerde, verstoorde gehechtheidsrelatie), plaats dan nog de jeugdige in een gezin of een gezinshuis. Daar is hij/zij het beste af.
- 6. Een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie moet altijd over een langere tijdsperiode heen gevolgd worden. Zie erop toe dat dit gebeurt.
- 7. Bij een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie moet ook altijd aandacht besteed worden aan de gedragsproblemen. Andersom moet bij een jeugdige die met gedragsproblemen bij Jeugdhulp aangemeld wordt, ook aandacht besteed worden aan de gehechtheidsrelatie met de ouders.



Inhoudsopgave

Aanbevelingen	3
Inleiding	7
Doel van de richtlijn	8
Doelgroep van de richtlijn.....	8
Werkwijze	9
Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal.....	9
Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn	10
Evaluatie/bijstelling/herziening van de richtlijn	10
Juridische betekenis van de richtlijn.....	11
Gedeelde besluitvorming	11
Veranderingen in de zorg voor jeugd	13
Diversiteit	14
Leeswijzer	14
Hoofdstuk 1. Definitie	15
1.1. Inleiding	16
1.2 Wat is gehechtheid en hoe ontwikkelt zich dat?.....	16
1.3 Verschillende vormen van onveilige gehechtheid.....	18
1.4 Problematische gehechtheid: een definitie	19
1.5 Gehechtheid in de praktijk	20
1.6 Wat kunnen jeugdprofessionals doen?	20
1.7 Conclusies	22
1.8 Aanbevelingen.....	22
Hoofdstuk 2. Prevalentie	25
2.1 Hoeveel kinderen hebben een problematische gehechtheidsrelatie?.....	26
2.2 Conclusies.....	28
Hoofdstuk 3. Oorzaken en kenmerken	29
3.1 Welke factoren beïnvloeden een problematische gehechtheidsrelatie?	30
3.2 Kan gedesorganiseerde gehechtheid worden hersteld?	33
3.3 Conclusies	33
3.4 Aanbevelingen hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3.....	34
Hoofdstuk 4. Signalering en diagnostiek	35
4.1 Inleiding	36
4.2 Screeningsinstrumenten	36
4.3 Diagnostische instrumenten	36
4.4 Conclusies: Stappenplan voor screening en diagnostiek.....	37
4.5 Aanbevelingen.....	39



Hoofdstuk 5. Preventie en interventie	43
5.1 Inleiding.....	44
5.2 Preventieve interventies die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij jonge kinderen (tot en met ongeveer 7 jaar) bevorderen	45
5.3 Interventies die zich richten op de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen	47
5.4 Behandeling van problematische gehechtheid in de praktijk.....	48
5.5 Conclusies.....	48
5.6 Aanbevelingen.....	49
Hoofdstuk 6. Prognose	53
6.1 Inleiding.....	54
6.2 Conclusies.....	54
6.3 Aanbevelingen	54
Literatuurlijst	57
Bijlagen	65
Bijlage 1. Samenstelling Werkgroep, Projectteam en Klankbordgroep	66
Bijlage 2. Balansmodel voor factoren die een rol spelen in de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie.....	68
Bijlage 3. Gesprek met ouders/verzorgers over de gehechtheidsontwikkeling	70
Bijlage 4. Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah, 2005).....	74



Inleiding

De *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Wolff, M. S. de Bakel, H. J. A. van, Juffer, F., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. S., & Thoomes-Vreugdenhil, A., 2014) biedt handvatten voor de signalering, diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheidsrelaties van jeugdigen¹ binnen de context van (pleeg)gezin, gezinshuis of residentie. Jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie ontlenen geen of onvoldoende emotionele veiligheid aan de relatie met hun ouder(s). Doorgaans hebben ze minder zelfvertrouwen, kunnen emoties minder goed reguleren en zijn minder sociaalvaardig dan jeugdigen met een gezonde gehechtheidsrelatie. Het behoeft geen betoog dat een problematische gehechtheidsrelatie een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van leven van de jeugdige, afhankelijk van de ernst van de gehechtheidsproblemen.

In deze richtlijn wordt in het eerste hoofdstuk uiteengezet wat we precies verstaan onder 'problematische gehechtheid'. Dat is geen gangbare term. We kiezen voor deze brede, relatief onbekende term om te zorgen dat er in de jeugdhulp passende aandacht is voor alle jeugdigen met problemen op het gebied van gehechtheidsrelaties.

Een problematische gehechtheidsrelatie gaat nogal eens samen met probleemgedrag bij de jeugdige, vooral als de gehechtheidsproblemen ernstig zijn. Dat maakt de behandeling lastig, want beide problemen verdienen serieuze aandacht. Daarom bevelen we in deze richtlijn aan dat er, naast diagnostiek en behandeling van de gehechtheidsproblemen, ook altijd aanvullende begeleiding gezocht moet worden voor de omgang met gedragsproblemen van de jeugdige. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange, Matthys, Foolen, Addink, Oudhof, & Vermeij, 2013). Andersom geldt dat bij jeugdigen met veel probleemgedrag het altijd van belang is om te kijken naar de gehechtheidsrelatie. In deze richtlijn staat de aanpak van gehechtheidsproblemen centraal, ongeacht of het om een biologische of niet-biologische ouder gaat. Met de term 'ouder' wordt in de eerste plaats bedoeld de volwassene die de ouderrol vervult. Het kan bijvoorbeeld gaan om een juridische-/ biologische-/pleeg-/ adoptie- of gezinshuis-ouder of een andere volwassene die de ouderrol vervult.

Een belangrijke boodschap van deze richtlijn is dat herstel van een problematische gehechtheidsrelatie altijd mogelijk is, door continue en sensitieve zorg van de ouder. Veelal zal het nodig zijn dat zowel de biologische als niet-biologische ouder begeleid worden bij het sensitief en voorspelbaar reageren op de jeugdige. Specifieke vragen wat betreft pleegzorg en uithuisplaatsing komen in deze richtlijn niet aan de orde; daarvoor kan de lezer de *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Baat, Van den Bergh, & De Lange, 2015) en de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Ten Berge, & Van Vianen, 2015) raadplegen.

Deze richtlijn beoogt duidelijk te maken wat problematische gehechtheid precies is, en hoe een problematische gehechtheidsrelatie in de alledaagse praktijk van de jeugdhulp gesignaleerd kan worden. Voor de diagnose en behandeling van een problematische gehechtheidsrelatie zal

¹ Onder 'jeugdigen' worden zowel 'kinderen' (tot 12 jaar) als 'jongeren' (van 13 tot 18 jaar) verstaan. De richtlijn geldt conform de Jeugdwet ook voor personen tot 23 jaar, wanneer zij voor hun achttiende al jeugdhulp ontvingen en deze na hun achttiende verjaardag doorloopt.

het in de regel nodig zijn dat de jeugdige verwezen wordt naar andere professionals buiten de jeugdhulp en jeugdbescherming. In deze richtlijn vindt de lezer een eerste overzicht van de daarbij beschikbare interventies.

Doel van de richtlijn

De richtlijn helpt jeugdprofessionals² effectief invulling te geven aan de signalering, diagnostiek en behandeling van jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie. Ook is het de bedoeling dat de richtlijn jeugdprofessionals helpt om ouders en beroepsopvoeders te ondersteunen bij de opvoeding en begeleiding van deze jeugdigen.

De richtlijn richt zich primair op beroepsgeregistreerde jeugdprofessionals. Zij staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) als 'jeugdzorgwerker' of 'gedragwetenschapper in de jeugdzorg' en/of zijn BIG-geregistreerd (bijv. als GZ-psycholoog). De richtlijn richt zich ook op professionals op een hbo-functie die jeugdhulp verlenen en vooraangemeld zijn voor beroepsregistratie bij het SKJ. Zij kunnen zich vanaf januari 2018 registreren als 'jeugd- en gezinsprofessional'. Omdat de uitwerking van de registratie nog in ontwikkeling is, houden we vooralsnog de aanduiding 'jeugdprofessional' aan. Verder kunnen ook andere professionals die met jeugdigen en hun ouders werken gebruik maken van de aanbevelingen uit de richtlijn.

Met sommige aanbevelingen kunnen alle jeugdprofessionals hun voordeel doen, andere aanbevelingen zijn vooral van toepassing op een geregistreerd beroep.

Waar dit onderscheid van belang is, wordt bijvoorbeeld specifiek over 'gedragwetenschappers' dan wel over 'jeugdzorgwerkers' gesproken. Waar in de richtlijn gesproken wordt over 'daartoe gekwalificeerde jeugdprofessionals' wordt gerefereerd aan het benodigde niveau van bekwaamheid en specifieke deskundigheden in relatie tot de taak. Zie voor meer informatie www.professionaliseringjeugdhulp.nl.

Het volgen van de richtlijn betekent niet altijd dat de gehechtheidsproblemen volledig verdwijnen. De aanbevelingen die in de richtlijn worden gedaan leiden er wel toe dat de problemen verminderen en beter hanteerbaar worden. Voor de jeugdigen zelf én voor hun ouders.

Deze richtlijn sluit aan bij andere richtlijnen voor de jeugdhulp. Wanneer de gedragsproblemen bij een jeugdige erg complex zijn kan de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2013) uitkomst bieden. Zaken die te maken hebben met uithuisplaatsing komen aan de orde in de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink et al., 2015), en voor vragen met betrekking tot Pleegzorg verwijzen we naar de *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Baat et al., 2015).

Doelgroep van de richtlijn

De richtlijn (inclusief onderbouwing en werkkaarten) is primair bedoeld voor jeugdprofessionals. Zij moeten ermee kunnen werken. Daarnaast is van de richtlijn een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen en hun ouders.

2 Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel gedragwetenschappers (psychologen, orthopedagogen of anderen met een gedragwetenschappelijke opleiding) als hbo-opgeleide professionals verstaan.

Werkwijze

De *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is ontwikkeld door een werkgroep (zie voor de samenstelling van de werkgroep bijlage 1). Deze werkgroep heeft zeven uitgangsvragen geselecteerd waar deze richtlijn een antwoord op geeft³:

1. *Definitie*: Wat is een problematische gehechtheidsrelatie? Welke vormen van problematische gehechtheid kunnen worden onderscheiden? En hoe onderscheidt een problematische gehechtheidsrelatie zich van andere problematiek? (zie hoofdstuk 1)
2. *Prevalentie*: Hoeveel kinderen hebben een problematische gehechtheidsrelatie? (zie hoofdstuk 2)
3. *Etiologie*: Wat zijn de factoren die het ontstaan van een problematische gehechtheidsrelatie in de hand werken? (zie hoofdstuk 3)
4. *Signalering en diagnostiek*: Met welke instrumenten kan een problematische gehechtheidsrelatie worden gesignaleerd? Welke diagnostische instrumenten moeten (minimaal) afgenomen worden bij de ouders en/of de jeugdige? (zie hoofdstuk 4)
5. *Preventie*: Hoe kunnen volwassenen rondom een jeugdige (ouders en professionals) het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie bevorderen c.q. een problematische gehechtheidsrelatie voorkomen? (zie hoofdstuk 5)
6. *Interventies*: Welke interventies zijn er beschikbaar om een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie te behandelen? Wat is er bekend over de grootte van de *gewenste* effecten van deze interventies? (zie hoofdstuk 5)
7. *Prognose*: Wat is er bekend over de prognose en de gevolgen van een problematische gehechtheidsrelatie? (zie hoofdstuk 6)

De beantwoording van deze uitgangsvragen is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van cliënten. De voltallige werkgroep is 7 maal bijeen geweest om conceptteksten, conclusies en aanbevelingen te bespreken. Verder is eenmalig een klankbordgroep met 6 professionals bijeen geweest onder leiding van het Centraal Begeleidings Orgaan (CBO). Om de implementatiekansen van de richtlijn verder te verbeteren, zijn daarna nog twee bijeenkomsten belegd met praktijkprofessionals uit de jeugdhulp. Belangrijkste doel van de praktijkbijeenkomsten was het concretiseren van de richtlijn zodat voor de jeugdprofessionals helder is wat ze moeten doen als de richtlijn ingevoerd wordt. Zie bijlage 1 voor de samenstelling van werkgroep, projectteam, klankbordgroep en praktijkgroep.

Aan de uiteindelijke invoering van de richtlijn is een proefimplementatie voorafgegaan. Zes teams – verdeeld over drie organisaties binnen de jeugdhulp – hebben gedurende drie maanden de richtlijn uitgetoetst.

Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal

Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, werd bij deze richtlijn de Evidence Based Richtlijnontwikkeling (EBRO) systematiek gevolgd. In latere richtlijnen is deze methodiek vervangen door de systematiek van de Erkeningscommissie (Jeugd)

³ Aanvankelijk hadden vertegenwoordigers vanuit onderzoek, praktijk en cliënten tweeëndertig vragen geformuleerd, gecentreerd rond vijf hoofdthema's. De werkgroep heeft hieruit bovengenoemde zeven hoofdthema's met subvragen geselecteerd.

interventies⁴, met name omdat deze beter toegesneden is op de onderzoekspraktijk die in jeugdhulp en jeugdbescherming gangbaar is. Volgens deze laatste methode worden bij de beoordeling van het wetenschappelijke materiaal zeven niveaus onderscheiden. Deze lopen uiteen van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs'.

De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn weer in 3 niveaus in te delen. Deze niveaus corresponderen met die van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ). Voor deze richtlijn is gebruik gemaakt van een conversietabel om van EBRO-conclusies naar DEJ-conclusies te komen.⁵

Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn

Bij de ontwikkeling van de richtlijn zijn cliënten (ouders van jeugdigen die jeugdhulp (hebben) ontvangen) gedurende het hele proces betrokken geweest. Zo hebben ze hun voorkeuren aangegeven bij het bepalen van de uitgangsvragen. Daarnaast hebben ze tijdens de proefimplementatie hun ervaringen met het werken vanuit de richtlijn kenbaar gemaakt. Verder is er een werkgroep van ervaringsdeskundigen (de zogenaamde 'cliëntentafel') geformeerd. De cliënten zijn door het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ)⁶ benaderd, en het LCFJ zat ook de bijeenkomsten voor. De cliëntentafel is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn geraadpleegd als er vragen waren. Door mee te denken over inhoud en formulering hebben de cliënten een grote bijdrage geleverd aan de praktische bruikbaarheid van de richtlijn. Dit geldt met name voor aspecten als de ongelijkheid tussen hulpverlener en cliënt, de ouder- en opvoedingsrelatie en zorgen om de jeugdige. De cliëntentafel heeft geadviseerd om hulpverlening vanuit de richtlijn te baseren op gedeelde besluitvorming. Om cliënten te informeren over de inhoud van de richtlijn, is voor ouders een cliëntversie van de richtlijn ontwikkeld, die van commentaar is voorzien door de cliëntentafel. De cliëntversie kan cliënten helpen om samen met de professional afwegingen te maken en beslissingen te nemen over de hulp die zij nodig hebben.

Evaluatie/bijstelling/herziening van de richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nu de richtlijn is uitgebracht, wordt informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De zo verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten kunnen aanleiding zijn om de richtlijn bij te stellen. Het is gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de 5 jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is.

Gedurende de looptijd van het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* (tot en met 2015) zag de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming toe op de bijstelling van de richtlijnen. Momenteel voert het Nederlands Jeugdinstuut in opdracht van de beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW) het beheer en onderhoud van de richtlijnen uit.

4 Van Yperen, T. & van Bommel, M. (april 2009). *Erkenning Interventies: criteria 2009-2010, Erkenningscommissie (Jeugd) interventies*. Utrecht: Nji/RIVM.

5 Programma Richtlijnontwikkeling Jeugdhulp (april 2012). *Uitgangspunten en voorstel voor sjabloon 'classificatie van evidence' voor richtlijnen in de jeugdzorg: een pragmatische opzet*.

6 Yperen, T. & van Bommel, M. (april 2009). *Erkenning Interventies: criteria*

Juridische betekenis van de richtlijn

Deze richtlijn beschrijft wat onder goed professioneel handelen wordt verstaan. De kennis die tijdens het schrijven van de richtlijn beschikbaar was, vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar ook over praktijkkennis en de voorkeuren van cliënten. Door deze kennis in kaart te brengen wil de richtlijn jeugdprofessionals houvast bieden. Het idee is dat zij de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen vergroten als ze de richtlijn volgen. Ook kan de richtlijn cliënten helpen om de juiste keuzes te maken.

Richtlijnen zijn geen juridische instrumenten. Dat wil zeggen dat ze geen juridische status hebben, zoals een wet, of zoals regels die op een wet gebaseerd zijn. Ze kunnen wel juridische betekenis hebben. Daarvoor moet de richtlijn allereerst door de beroepsgroep worden onderschreven. De nu voorliggende richtlijn is aangenomen door drie beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW). Deze verenigingen zijn representatief voor de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de jeugdhulp. Samen werken ze aan het ontwikkelen van richtlijnen. Maar de juridische betekenis van een richtlijn hangt ook af van diens praktische bruikbaarheid. De richtlijn moet bijvoorbeeld niet te vaag of te algemeen gesteld zijn. Hij dient aan te geven waarop hij precies betrekking heeft, zonder zo 'dichtgetimmerd' te zijn dat er weinig of niets van de eigen verantwoordelijkheid van de professional overblijft. Kunnen jeugdprofessionals in de praktijk goed met de richtlijn uit de voeten, dan zegt dat iets over de kwaliteit en daarmee de waarde van die richtlijn.

Essentieel is dat richtlijnen niet bindend zijn. De jeugdprofessional kan ervan afwijken. Hij⁷ móet er zelfs van afwijken als daarmee – naar zijn oordeel – de belangen van de cliënt beter zijn gediend. De informatie in de richtlijn is namelijk niet het enige waarop de professional zich dient te baseren om tot goede zorg te komen.

Hij dient ook de unieke situatie van de cliënt plus diens voorkeuren mee te wegen, en zich te houden aan wet- en regelgeving en het beroepsethische kader van zijn beroepsgroep. Correct gebruik van richtlijnen vooronderstelt dus het nodige vakmanschap.

Het is daarom van groot belang dat de beroepsbeoefenaar kan motiveren waarom hij van de richtlijn is afgeweken. Hij moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Om die reden moeten ze ook in het dossier worden opgenomen. Op deze manier kan de professional verantwoording afleggen over zijn beroepsmatig handelen. Niet alleen aan de cliënt, maar eventueel ook aan het Tuchtcollege.

Gedeelde besluitvorming

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking en hen gedurende het hele hulpproces bij de besluitvorming betreft. Actieve deelname van ouders en jeugdige bevordert namelijk het effect van de hulpverlening.

7 Voor het leesgemak wordt in de tekst simpelweg de mannelijke vorm gehanteerd. Waar 'hij' staat, kan dus ook 'zij' gelezen worden.

Uitgangspunt is dan ook dat de wensen en verwachtingen van de ouders en jeugdigen leidend zijn. Hún ervaringen, hún kijk op de problematiek en de oplossing ervan vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de professional maakt.

Nu kunnen ouders en jeugdige pas echt als volwaardig partner meedenken en meepraten als zij voldoende geïnformeerd zijn. De richtlijn kan hierbij helpen. De professional bespreekt de richtlijn met ouders en jeugdige en wijst hen op het bestaan van een cliëntversie. Hij legt de stappen in het hulpproces uit op een manier die voor ouders en jeugdige begrijpelijk is, houdt rekening met de emoties die zijn verhaal oproept en biedt hen de ruimte om te reageren. Hij legt hen uit welke keuzemogelijkheden er zijn, om vervolgens samen na te gaan hoe zij tegen deze opties aankijken. Welke voorkeuren hebben ze en wat willen ze juist niet?

In principe volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en jeugdige. Is de veiligheid van de jeugdige in het geding, dan kan dat mogelijk niet. De professional legt in zo'n geval duidelijk uit waarom hij een andere keuze maakt, en wat daarvan de consequenties zijn. Zo komt er een proces van gedeelde besluitvorming (*shared decision-making*) op gang.

Professionals, ouders én jeugdige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het hulpproces te laten slagen. Zij moeten samenwerken. Onder samenwerking wordt verstaan dat de jeugdprofessional:

- luistert naar de verwachtingen en wensen van ouders en jeugdige. Deze zijn leidend in het hele proces. Maakt de professional een afwijkende keuze, dan legt hij uit waarom hij dat doet;
- ouders en jeugdige (indien van toepassing met behulp van deze richtlijn) informeert wat wel en niet werkt bij bepaalde problemen;
- ouders en jeugdige uitleg geeft over de verschillende stappen in het proces van diagnostiek en behandeling;
- ouders en jeugdige verschillende hulpmogelijkheden voorlegt die van toepassing zijn op hun situatie; de voor- en nadelen van elke optie bespreekt (liefst door cijfers/feiten ondersteund); en nagaat welke voorkeuren ouders en jeugdige hierin hebben;
- er voortdurend rekening mee houdt dat het ouders en jeugdige aan kracht, vaardigheden of inzicht kan ontbreken om optimaal van de aangeboden hulp gebruik te maken. Het expliciet delen van deze omstandigheden en pogen hierover (meer) gedeeld perspectief te krijgen, is noodzakelijk om samen tot een besluit te komen waarin ouders en jeugdige zich het best kunnen vinden;
- niet alleen oog heeft voor de jeugdige, maar voor het hele gezin;
- zich aanpast aan het tempo van ouders en jeugdige bij het doorlopen van het proces, tenzij de jeugdige acuut in gevaar is. In dat geval dient de jeugdprofessional uit te leggen waarom bepaalde stappen nu genomen moeten worden;
- zich ervan vergewist dat ouders en jeugdigen begrijpen wat gezegd en geschreven wordt;
- ouders bij een zorgsignaal zo snel mogelijk betreft;
- ouders en waar mogelijk de jeugdige, in een open sfeer uitnodigt tot samenwerking;
- open en niet-veroordelend luistert naar het individuele verhaal van elke ouder en elke jeugdige;

- open en niet-veroordelend luistert naar de problemen die ouders en jeugdige ervaren;
- oog heeft voor de mate waarin ouders en eventueel de jeugdige, zich gestuurd voelen dan wel vrijwillig hulp hebben gezocht;
- uitgaat van de kracht en motivatie van ouders om in de opvoeding bepaalde doelen te bereiken;
- met ouders en jeugdige afstemt wat reëel en 'goed genoeg' is.

Maar ook ouders, en indien van toepassing ook de jeugdigen, werken naar beste kunnen mee.

- zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden om het hulpproces te laten slagen;
- zelf de regie hebben, mits zij het belang van de jeugdige (waaronder de veiligheid) vooropstellen;
- bereid zijn tot samenwerking met de jeugdprofessional;
- openstaan voor de kennis en ervaring van de jeugdprofessional;
- vragen om advies en proberen iets met dat advies te doen;
- ondersteuning toestaan als zij zelf onvoldoende mogelijkheden hebben om een advies op te volgen;
- op tijd aangeven dat iets niet werkt of niet past;
- eventueel om extra ondersteuning en/of een andere jeugdprofessional vragen;
- zelf hun mening en ideeën naar voren brengen.

Gedeelde besluitvorming is dus zowel in het vrijwillige als in het gedwongen kader van toepassing. In het gedwongen kader kunnen er wel minder keuzeopties zijn, of kunnen er aan bepaalde keuzes andere voorwaarden of consequenties zijn verbonden. Dit maakt het hulpproces gecompliceerd, maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij hulp in een gedwongen kader uitvoerig geïnformeerd te worden over de eventuele keuzemogelijkheden, de maatregelen die worden genomen, en over hun rechten en plichten hierin. De professional dient regelmatig te vertellen welke stappen er worden gezet en wat er van ouders en jeugdige verwacht wordt.

De professional moet zijn overwegingen en beslissingen, die kunnen afwijken van de richtlijn, zorgvuldig kunnen onderbouwen. Hij hoort hiervan aantekening te maken in het cliëntdossier.

Veranderingen in de zorg voor jeugd

Het kan voorkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden aangeboden en in de andere gemeente niet. Ook kan het aanbod binnen gemeenten per jaar verschillen. Bovendien kan het voorkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod dat gericht is op beschermende of risicofactoren bij het gezin. Meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de instelling. Gebruik de Richtlijn Problematische gehechtheid daarbij als onderbouwing.



Diversiteit

Om een goede werkrelatie te kunnen opbouwen, is goed contact met de ouders van belang. Nu vinden niet alle ouders het even makkelijk hulpverleners te vertrouwen. Neem daarom voldoende tijd om dit vertrouwen te winnen. Houd er rekening mee dat ouders een ander referentiekader kunnen hebben dan jijzelf als professional. Ze denken bijvoorbeeld dat de ziekte van hun kind een andere oorzaak heeft dan jij denkt, of ze kijken anders tegen opvoeden aan. Onderzoek met welke verwachtingen de ouders komen en wees je bewust van de verwachtingen die jij van de ouders hebt. Ouders kunnen ook weerstand hebben tegen de bemoeienis van (overheids)instanties bij de opvoeding van hun kind. In zulke situaties is meer tijd nodig hebben om het vertrouwen van ouders te winnen.

Er zijn ook ouders die niet goed met het gangbare schriftelijke materiaal uit de voeten kunnen, bijvoorbeeld doordat ze de taal niet goed machtig zijn, laag zijn opgeleid of een (licht) verstandelijke beperking hebben. Zij kunnen ook moeite hebben met bepaalde interventies, omdat deze uitgaan van een taalvaardigheid en een abstractievermogen dat bij hen niet voldoende aanwezig is. Zorg daarom voor begrijpelijk voorlichtingsmateriaal, en kies voor een interventie die aansluit bij de capaciteiten van de ouders.

Leeswijzer

De *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Wolff, M., 2014) (met bijbehorende werkkaarten) is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. Voor u ligt de richtlijn. De richtlijn vormt de neerslag van een groter document, namelijk de 'onderbouwing'. Deze onderbouwing is apart te raadplegen. Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een cliëntversie van de richtlijn gemaakt. Ook deze is apart verkrijgbaar. Alle documenten zijn openbaar. Zie www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Deze richtlijn bevat zes hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk ('Definitie') staat de vraag centraal wat precies een problematische gehechtheidsrelatie is. Verder beschrijven we in kort bestek hoe gehechtheidsrelaties zich ontwikkelen en in welke mate ze bijgestuurd kunnen worden. Hoofdstuk 2 ('Prevalentie') beschrijft kernachtig hoeveel jeugdigen naar schatting een problematische gehechtheidsrelatie hebben. In hoofdstuk 3 ('Oorzaken en kenmerken') worden factoren beschreven die bijdragen aan de ontwikkeling van een problematische gehechtheidsrelatie. In hoofdstuk 4 ('Signalering en diagnostiek') geven we een overzicht van de beschikbare instrumenten die kunnen worden ingezet bij een vermoeden van een problematische gehechtheidsrelatie. Tevens beschrijven we een stappenplan dat kan worden nagevolgd om te achterhalen of een jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft. Hoofdstuk 5 ('Preventie en interventie') biedt een overzicht van de beschikbare interventies. Daarnaast worden aanbevelingen gegeven indien deze interventies niet beschikbaar zijn. In het laatste hoofdstuk 6 ('Prognose') ten slotte worden de gevolgen van een problematische gehechtheidsrelatie in kaart gebracht.

Hoofdstuk 1

Definitie



1.1. Inleiding

Een gehechtheidsrelatie is een duurzame emotionele band die een jeugdige opbouwt met zijn ouder⁸ op basis van opgedane ervaringen met die persoon (Bowlby, 1980). In een veilige relatie heeft de jeugdige vertrouwen in de beschikbaarheid van de opvoeder, terwijl in een onveilige relatie dat vertrouwen ontbreekt. Jeugdigen die een onveilige band hebben met hun ouder(s), hebben een basispatroon van onzekerheid of wantrouwen ten opzichte van anderen dat zich op verschillende manier kan uiten in gedrag. Een onveilige gehechtheidsrelatie moet gezien worden als een risicofactor in de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige. Kinderen die onveilig gehecht zijn aan hun ouder(s), hebben een iets grotere kans om gedragsproblemen te ontwikkelen. Maar het feit dat een jeugdige een onveilige gehechtheidsrelatie heeft, maakt ingrijpen niet direct nodig.

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet wat we precies verstaan onder 'problematische gehechtheid' en wanneer een problematische gehechtheidsrelatie zo ernstig is, dat ingrijpen noodzakelijk is. Het is voor jeugdprofessionals van belang om te weten of er sprake is van ernstige gehechtheidsproblemen.

Jeugdigen met ernstige gehechtheidsproblemen hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychopathologie. Juist zij hebben moeite om zich op hun gemak, veilig en begrepen te voelen bij hun ouders. Soms is er sprake van ernstig verstoorde emoties en gedragingen ten opzichte van de ouders en daardoor ook in alle andere intermenselijke contacten.

In paragraaf 1.2 zetten we kort de basis van de gehechtheidstheorie uiteen. Paragraaf 1.3 focust zich op verschillende typen onveilige gehechtheidsrelaties; om vervolgens in paragraaf 1.4 een duidelijke omschrijving te geven van de term 'problematische gehechtheidsrelatie'. In beide laatste paragrafen maken we een switch naar de praktijk: hoe zie je als jeugdprofessional of een kind een problematische gehechtheidsrelatie heeft (1.5) en wat kan die professional doen (1.6)?

1.2 Wat is gehechtheid en hoe ontwikkelt zich dat?

Onder normale omstandigheden ontwikkelen kinderen de eerste gehechtheidsrelaties met volwassenen als ze tussen de 6 en 12 maanden oud zijn (Wijnroks, Janssen, Epskamp, Kloosterman, Mispelblom Beyer, Post, & Storsbergen, 2006). Meestal gaat het dan om de ouders, de grootouders en bijvoorbeeld de crècheleidster. Zo ontstaat een netwerk van gehechtheidsrelaties, al hebben kinderen vaak wel een voorkeur voor de ene persoon boven de andere. De neiging om zich te hechten kan niet worden uitgesteld als de opvoedingsomstandigheden slecht zijn (Juffer, 2010). Kinderen die verwaarloosd of mishandeld worden hechten zich ook aan hun ouders, maar hebben in de regel een onveilige, kwalitatief minder goede gehechtheidsrelatie met hen (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2010).

Een veilige gehechtheidsrelatie legt een belangrijk fundament voor de ontwikkeling van een kind. Door gehecht te raken aan één of meer volwassenen bouwt een kind een mentaal beeld op van mensen in het algemeen. Dat kan een beeld zijn van beschikbaarheid en hulpvaardigheid

⁸ We bedoelen hier de volwassene die de ouderrol vervult voor de jeugdige: de biologische/pleeg-/adoptie-/stief- of gezinshuisouder, of een andere verzorger die de ouderrol vervult.

(als het kind veilig is gehecht) of van ontoegankelijkheid en afwijzing (bij onveilige gehechtheid). In de gehechtheidstheorie wordt dit het interne werkmodel van gehechtheid genoemd. In het interne werkmodel van gehechtheid liggen verwachtingen over anderen en over het kind zelf opgeslagen. Dit werkmodel is 'veranderbaar': positieve ervaringen met de ouders kunnen een onveilig werkmodel doen veranderen in een veilig model.

De ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie in het 1e jaar is een noodzakelijke stap in de persoonlijkheidsontwikkeling van het jonge kind (Bateman & Fonagy, 2012; Rexwinkel, Schmeets, & Pannevis, 2011). Wanneer een kind gehecht is aan een volwassene, leert het gaandeweg een onderscheid te maken tussen zichzelf en anderen. Zo ontwikkelt het kind een vermogen tot mentaliseren (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Mentaliseren is het reflecteren op je eigen en andermans gedrag en gevoelens. Kinderen die een veilige gehechtheidsrelatie hebben met hun ouders kunnen dat veel beter dan kinderen die onveilig aan hun ouders gehecht zijn. Vooral kinderen met ernstige gehechtheidsproblemen blijken heel gebrekkig te mentaliseren (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Deze kinderen zijn daardoor veel gevoeliger voor het ontwikkelen van psychopathologie later in het leven.

Voor het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie kunnen we drie basale 'voorwaarden' benoemen: sensitief reageren op het kind, continuïteit in de aanwezigheid van de gehechtheidspersoon, en het mentaliseren door de ouder. We bespreken deze voorwaarden hieronder in kort bestek.

Ten eerste, het is belangrijk dat de ouder sensitief en voorspelbaar reageert op signalen van het jonge kind (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; de Wolff & van IJzendoorn, 1997). Dat wil zeggen: de ouder staat open voor de signalen van het kind, begrijpt die signalen goed en kan daarop snel en adequaat reageren. Zo leert het kind dat zijn ouder beschikbaar is als veilige uitvalsbasis én als veilige haven. Ouders bieden een veilige uitvalsbasis doordat ze het zelfvertrouwen van hun kind stimuleren met complimentjes, door samen plezier te maken, maar ook door structuur te bieden en grenzen te stellen, afgestemd op de leeftijd van het kind. De ouder is een veilige haven wanneer hij het kind troost bij verdriet, geruststelt bij angst of helpt bij woede of andere emoties. Sensitief en voorspelbaar reageren is iets wat de meeste volwassenen intuïtief doen, maar dit gedrag kan ook getraind worden. Dat gebeurt met behulp van een interventieprogramma waarbij ouders bijvoorbeeld feedback krijgen op hun eigen gedrag (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008; zie verder hoofdstuk 5, ('Preventie en interventies').

Om sensitief en voorspelbaar te kunnen reageren, moet de ouder betrokken zijn bij het kind. Anders ziet hij de signalen van het kind niet. Ook moet de ouder het kind goed kennen en observeren om de signalen van het kind correct te kunnen interpreteren. Sensitief reageren wil overigens niet zeggen dat het kind altijd zijn zin moet krijgen of dat de zaken altijd gaan zoals het kind dat wil (zie werkkaart 2, *'Hoe bouw je een veilige gehechtheidsrelatie op met een jeugdige?'*, voor een uitgebreide beschrijving). Vaak zal het nodig zijn om een compromis te zoeken, of moet de ouder tegen de wensen of verlangens van het kind ingaan. Maar ook dat kan op een sensitieve en invoelende manier. Als je uitlegt waarom je iets doet, en laat zien dat je de gevoelens van het kind serieus neemt, is dat ook sensitief reageren.



Een tweede voorwaarde om een veilige gehechtheidsrelatie te kunnen opbouwen is continuïteit in de aanwezigheid van de gehechtheidspersoon. Het aantal volwassenen dat voor het kind zorgt, is liefst niet te groot en wisselt niet te vaak. Geschat wordt dat het maximum aantal volwassenen aan wie kinderen zich kunnen hechten ongeveer zes is (van IJzendoorn, 2008).

In de derde plaats blijkt uit recent onderzoek dat 'mentaliseren' door de ouder van groot belang is voor het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie. Mentaliseren houdt in dat de ouder gevoelens en gedachten van de baby ziet en (h)erkent, en daar in zijn gedrag rekening mee houdt. De ouder benoemt wat de baby doet, denkt of voelt. Wanneer de baby bijvoorbeeld huilt, verwoordt de ouder de gevoelens van de baby, bijvoorbeeld: 'Je voelt je niet fijn, je bent erg moe'. Een ouder die mentaliseert verplaatst zich duidelijk in het perspectief van de baby, en verwoordt dat ook. Zo helpt de ouder het kind een veilige gehechtheidsrelatie te ontwikkelen. In hoofdstuk 3 ('Oorzaken en kenmerken') gaan we uitgebreider in op de vraag welke factoren van belang zijn in de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie.

1.3 Verschillende vormen van onveilige gehechtheid⁹

Bij jonge kinderen die veilig gehecht zijn aan hun ouder(s), is er een balans tussen het verkennen van de omgeving (exploreren) en het zoeken van de nabijheid van de ouder. Zolang de ouder in de buurt is, voelt het kind zich op zijn gemak en kan het de omgeving verkennen. Maar zodra het kind bang of verdrietig is, staakt het kind zijn spel om de nabijheid van de ouder op te zoeken. De ouder biedt zowel de veilige uitvalsbasis van waaruit het kind de omgeving kan verkennen, als de landingshaven waarnaar het kind terugkeert bij spanning of angst. Bij onveilig gehechte kinderen is deze balans zoek. In het ene uiterste fungeert de ouder niet als veilige uitvalsbasis, waardoor het kind nauwelijks aan exploratie en spel toekomt. Het kind is altijd bezig met nabijheid zoeken. In het andere uiterste fungeert de ouder niet als veilige haven bij wie het kind troost kan vinden. Het kind is vooral aan het exploreren, en zoekt vrijwel nooit troost - zelfs als het van streek is. Kenmerkend voor onveilig gehechte kinderen is het gebrek aan vertrouwen in zichzelf en in hun omgeving.

Onder de noemer van 'onveilig gehecht' worden drie¹⁰ verschillende vormen van onveilige gehechtheidsrelaties onderscheiden: vermijdende, ambivalente en gedesorganiseerde gehechtheid. Deze vormen van onveilige gehechtheid resulteren in verschillend gedrag (Lamb, Thompson, Gargner, & Charnov, 1985; van IJzendoorn & Bakermans, 2010).

Vermijdend-gehechte kinderen hebben, na veelvuldig te zijn afgewezen, geleerd geen beroep meer te doen op hun ouders als ze stress ervaren. Deze kinderen richten hun pijn, verdriet of angst eerder naar binnen, of reageren agressief bij spanning. In sociale contacten houden ze liever afstand, ze kunnen hun eigen boontjes wel doppen. *Ambivalent-gehechte* kinderen zijn vooral onzeker door het sterk wisselende, inconsistente gedrag van hun ouders. Ze zoeken voortdurend nabijheid, zijn soms erg aanhankelijk, passief of boos.

9 Zie voor een nauwkeurige omschrijving van het verschil tussen onveilige en problematische gehechtheid de onderbouwing van de richtlijn (vanaf pag. 5).

10 Strikt genomen zijn er twee typen onveilige gehechtheid (vermijdend- en ambivalent-gehecht) en is de gedesorganiseerde groep een andere categorie die niet helemaal samenvalt met de indeling veilig-onveilig. We rangschikken in deze richtlijn gedesorganiseerde kinderen onder de onveilige groep.

Ze missen het zelfvertrouwen van een veilig gehecht kind. Een derde groep kinderen is *gedesorganiseerd/verstoord-gehecht* aan de ouders. Van deze kinderen wordt ook wel gezegd dat ze een 'verstoorde gehechtheidsrelatie' met hun ouders hebben. Deze kinderen zijn doorgaans opgegroeid met ouders die zowel een bron van steun als bron van angst zijn, bijvoorbeeld doordat de ouders het kind mishandelen of depressief zijn. Of doordat een ouder het kind niet kan beschermen tegen het geweld dat plaatsvindt in het gezin. Het jonge kind kan zich niet aanpassen aan deze onoplosbare paradox en laat daarom vreemd, gedesorganiseerd gedrag zien, zoals nabijheid zoeken bij vreemde mensen, of gaan huilen als het zijn ouder weer ziet na een korte scheiding. Oudere kinderen kunnen extreem angstig, controlerend en bazig gedrag laten zien (Wijnroks et al., 2006).

In de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wordt gesproken van de reactieve hechtingsstoornis (zie ook Zeanah & Gleason, 2010). Dit is een psychische aandoening waarbij een jong kind er niet in slaagt een gehechtheidsrelatie aan te gaan met zijn ouders of verzorgers. De stoornis komt alleen voor in extreme situaties van verwaarlozing, mishandeling of frequente wisseling van verzorgers, en kan niet verklaard worden door een ontwikkelingsachterstand. Volgens een schatting gebaseerd op de DSM III-R classificatie, heeft ongeveer 1 procent van alle kinderen een hechtingsstoornis (Richters & Volkmar, 1994),

1.4 Problematische gehechtheid: een definitie

In deze richtlijn omschrijven we problematische gehechtheid als een verzamelterm voor allerlei emoties en gedragingen van jeugdigen waaruit blijkt dat zij geen emotionele veiligheid ontleen aan de relatie met hun ouders of verzorgers.

De term '*problematische gehechtheid*' is van toepassing op:

- jeugdigen die onveilig (vermijndend of ambivalent) gehecht zijn aan hun ouders en bij wie sprake is van probleemgedrag als gevolg daarvan;
- jeugdigen bij wie de gehechtheidsrelatie gedesorganiseerd of verstoord is;
- jeugdigen bij wie de gehechtheidsrelatie verbroken is en die daarvan nog steeds last hebben;
- jeugdigen die met geen enkele volwassene een gehechtheidsrelatie lijken te hebben opgebouwd. Dit wordt de reactieve hechtingsstoornis genoemd.

Een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie heeft altijd onvoldoende vertrouwen in zichzelf en anderen opgebouwd, maar de ernst van de problematiek varieert enorm. Door te werken aan de *gehechtheidsrelatie* kan het vertrouwen altijd weer hersteld worden. Een problematische *gehechtheidsrelatie* is namelijk geen persoonskenmerk of karaktertrek van een jeugdige, maar een kenmerk van de *relatie* tussen jeugdige en volwassene.

In deze richtlijn hanteren we een *brede* invulling van de term 'problematische gehechtheid': zowel de psychiatrische stoornis als een onveilige gehechtheidsrelatie vallen eronder. Deze brede definitie garandeert dat er in de jeugdhulp passende aandacht is voor alle kinderen met een (enigszins) verstoorde gehechtheidsontwikkeling. De groepen verschillen wel van elkaar wat betreft de ernst van de problemen: een onveilige gehechtheidsrelatie moet gezien worden als een ongunstige Ausgangssituatie van een kind; terwijl bij een reactieve hechtingsstoornis behandeling gewenst is (Zeanah, Boris, & Lieberman, 2000).

1.5 Gehechtheid in de praktijk

Als een kind veilig gehecht is aan zijn ouder(s), merk je dat aan het contact tussen ouder en kind. Het jonge kind vindt het prettig om geknuffeld te worden, een peuter laat zich troosten als hij zich pijn heeft gedaan en laat het de ouder merken als hij boos of verdrietig is. Een basisschoolkind gehoorzaamt de persoon aan wie hij gehecht is en is in staat om rekening te houden met andermans wensen.

Voor kinderen met een problematische gehechtheidsrelatie zijn deze zaken minder vanzelfsprekend. Zulke kinderen maken doorgaans weinig oogcontact met hun ouder en er is minder spontaniteit en gezamenlijk plezier tijdens de interactie tussen ouder en kind. Na een conflict(je) met de ouder hebben deze kinderen meer moeite om de band weer te herstellen. Zij hebben minder inzicht in hun eigen emoties en het kost hen meer moeite om hun emoties te reguleren. Ze kunnen zich doorgaans ook minder goed inleven in anderen en hebben een laag gevoel van eigenwaarde. Vanuit die onzekerheid hebben deze kinderen soms de neiging alles onder controle te willen houden, wat 'bemoeizuchtig' kan overkomen. Sommige kinderen met een problematische gehechtheidsrelatie uiten hun gebrek aan basisvertrouwen in agressief, dominant gedrag. Het kind manipuleert, heeft honger naar (negatieve) aandacht, vertoont druk, overactief gedrag, en heeft geen inzicht in de gevolgen van zijn gedrag. Het kind lijkt constant in verzet, reageert prikkelbaar, dramt zijn zin door. Soms doet het kind zichzelf of anderen (emotioneel) pijn of vernielt het spullen. Beloning of straf werkt bij kinderen met een problematische gehechtheidsrelatie vaak niet.

Er zijn ook kinderen met een problematische gehechtheidsrelatie die zich juist te veel aanpassen aan hun omgeving. Zij gedragen zich alsof ze tevreden zijn, en geven geen blijk van hun gevoelens in verschillende situaties. Dit kan voor deze kinderen een zodanige gewoonte worden dat ze zichzelf ook niet meer bewust zijn van de gevoelens die ze ervaren. Deze kinderen leveren voor de omgeving vaak minder (openlijke) gedragsproblemen op, waardoor het gemakkelijke kinderen lijken. Er is echter weinig zicht op wat er écht in hen omgaat. In hoofdstuk 4 ('Signalering en diagnostiek') wordt uitgebreider ingegaan op het signaleren van een problematische gehechtheidsrelatie.

1.6 Wat kunnen jeugdprofessionals doen?

Een problematische gehechtheidsrelatie gaat vaak samen met probleemgedrag bij de jeugdige, vooral als de gehechtheidsproblemen ernstig zijn. Dat maakt de behandeling lastig, want beide problemen verdienen serieuze aandacht. Daarom bevelen we in hoofdstuk 6 aan dat er, naast diagnostiek en behandeling van de gehechtheidsproblemen, ook altijd aanvullende begeleiding gezocht moet worden voor de omgang met gedragsproblemen van de jeugdige. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2013). Andersom geldt dat bij jeugdigen met veel probleemgedrag het altijd van belang is om te kijken naar de gehechtheidsrelatie. Deze richtlijn wil handvatten daarvoor bieden.

Eerst zal vastgesteld moeten worden of een jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft. Daarvoor wordt in hoofdstuk 4 een stappenplan beschreven (zie ook werkkaart 3). Mochten er duidelijke aanwijzingen zijn dat er problemen zijn met de gehechtheidsrelatie,

dan is het belangrijk dat er iets gedaan wordt aan die gehechtheidsrelatie. Een belangrijke boodschap in deze richtlijn is dat problematische gehechtheidsrelaties altijd weer bijgesteld kunnen worden, bij voorkeur via de ouders aan wie de jeugdige gehecht is. Wanneer de gehechtheidspersoon - de ouder dus - sensitief en voorspelbaar op de jeugdige reageert kan een problematische gehechtheidsrelatie bijgesteld worden. Voorwaarde daarbij is wel dat de situatie waarin ouder en jeugdige zich bevinden, redelijk stabiel is. Als dat zo is, kunnen jeugdzorgwerkers zoals ambulante begeleiders, ouders ondersteunen of coachen hoe zij sensitief kunnen reageren op hun zoon of dochter. Er zijn ook preventieve interventies ontwikkeld om ouders te ondersteunen bij het sensitief reageren op hun zoon of dochter (en diens problematische gedrag), waarvan de werkzaamheid op zijn minst theoretisch is aangetoond. Deze preventieve interventies zijn vooral geschikt voor kinderen tot ongeveer 7 jaar. Voor kinderen die ouder zijn dan 7 jaar, en voor jeugdigen bij wie de problematiek ernstiger is, is in de regel een meer intensieve behandeling nodig. Er is op dit moment 1 behandeling in Nederland erkend: de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG; Sterkenburg, Schuengel, & Janssen, 2008). Zie verder hoofdstuk 5 ('Preventie en interventies').

Er kunnen allerlei redenen zijn waarom het niet meer mogelijk is om ouders bij te sturen of te coachen in het sensitief reageren op hun zoon of dochter (eventueel met behulp van een interventie). Het kan zijn dat de ouder aan wie de jeugdige problematisch gehecht is, niet in staat is om sensitief om te gaan met de jeugdige, of dit te leren. Het kan ook dat die ouder niet meer beschikbaar is voor de jeugdige, of dat er geen sprake is van een stabiele situatie. Dan is bijsturen van ouderlijk gedrag weinig zinvol. In die situaties zou het heilzaam kunnen zijn voor het jeugdige kind om zich te hechten aan andere volwassen verzorgers zoals pleeg-/gezinshuisouders, of pedagogisch medewerkers (Juffer, 2010). Er wordt dan een nieuwe gehechtheidsrelatie opgebouwd die deels kan compenseren voor de problematische gehechtheidsrelatie die het kind al eerder had opgebouwd. Wanneer besloten wordt dat een jeugdige een nieuwe band opbouwt met een volwassene, betekent dat niet dat de band met de ouders verbroken wordt. De gehechtheidsrelatie die een jeugdige in zijn vroege jeugd heeft opgebouwd met zijn ouder(s), moet gerespecteerd worden (Bowlby, 1980; 1988). Het is daarom belangrijk dat het kind in principe contact kan onderhouden met deze gehechtheidspersoon. Alleen in extreme, voor de jeugdige beschadigende, situaties mag de band met de ouder(s) verbroken worden. Gezien de enorme schade die een jeugdige van zo'n scheiding kan ondervinden, is het belangrijk dat er – ook wanneer de jeugdige niet meer bij deze ouder woont – toch geprobeerd wordt om contact te onderhouden met deze gehechtheidspersoon.

Voor veel jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie zal niet direct duidelijk zijn of de band met de eigen ouders weer hersteld kan worden, of dat ze een nieuwe gehechtheidsrelatie kunnen opbouwen met een andere volwassene. In dat geval is de jeugdige sowieso gebaat bij verzorgers die sensitief en voorspelbaar reageren op hen. In werkkaart 2 *Hoe bouw je een veilige gehechtheidsrelatie op?* wordt een uitgebreide beschrijving gegeven hoe sensitief gedrag eruit ziet. Om sensitief te reageren is het van belang dat de werker oog heeft voor de gevoelens, wensen en behoeften van het kind die achter diens lastige gedrag schuil gaan. Dat vereist veel inzet en geduld aan de kant van de werker. Wat de werker zelf ervaart en voelt bij zowel het gedrag van het kind als van de ouders is doorslaggevend voor zijn/haar manier van werken. Dat vraagt zelfkennis van de professional en het vermogen om te reflecteren op zichzelf.

1.7 Conclusies

1. Een problematische gehechtheidsrelatie is in de eerste plaats een kenmerk van de relatie tussen jeugdige en volwassene. Een jeugdige die problematisch gehecht is, heeft onvoldoende vertrouwen in zichzelf en anderen opgebouwd. Door te werken aan de gehechtheidsrelatie kan dat vertrouwen weer hersteld worden.
2. Een problematische gehechtheidsrelatie kan op iedere leeftijd bijgestuurd worden doordat de jeugdige alsnog positieve ervaringen opdoet met deze gehechtheidspersoon. Positieve ervaringen doet een jeugdige op wanneer de gehechtheidspersoon sensitief en voorspelbaar reageert op hem. (Zie werkkaart 2 *Hoe bouw je een veilige gehechtheidsrelatie op met een jeugdige?*).
3. Een problematische gehechtheidsrelatie kan ook bijgestuurd worden doordat de jeugdige positieve ervaringen opdoet met een andere volwassene. Er wordt dan een nieuwe gehechtheidsrelatie opgebouwd. Bij voorkeur is die persoon iemand met wie de jeugdige al vertrouwd is en die voor langere tijd en regelmatig beschikbaar kan zijn.
4. Voor de meerderheid van de jeugdigen die met jeugdhulp te maken krijgen, zal niet direct duidelijk zijn of de band met de eigen ouders weer hersteld kan worden, of dat ze een nieuwe gehechtheidsrelatie kunnen opbouwen met een andere volwassene. In dat geval is de jeugdige sowieso gebaat bij verzorgers of begeleiders die sensitief en voorspelbaar reageren.
5. Een solide netwerk van gehechtheidsrelaties met volwassen familieleden zoals grootouders, ooms, en tantes is van groot belang voor jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie. Dit geldt zowel voor kinderen die thuis wonen als kinderen die niet meer thuis wonen.
6. Om een veilige gehechtheidsrelatie op te bouwen is het nodig dat de volwassene sensitief en voorspelbaar met de jeugdige omgaat. Zie verder werkkaart 2.
7. Een veilige gehechtheidsrelatie is gebaat bij continuïteit en stabiliteit in de aanwezigheid van vaste verzorgers. Dat wil zeggen: een klein aantal verzorgers heeft zeer regelmatig contact met het kind. Verzorgers van kinderen onder de 4 jaar zien het kind bij voorkeur dagelijks. Jonge kinderen zijn gebaat bij vaker en langduriger contact met de verzorger dan kinderen boven de 4 jaar.
8. De gehechtheidsrelatie die een kind in zijn vroege jeugd heeft opgebouwd met zijn ouder(s), moet gerespecteerd worden. Het is daarom belangrijk dat de jeugdige contact kan onderhouden met deze gehechtheidspersoon.

1.8 Aanbevelingen

1. Stuur een problematische gehechtheidsrelatie tussen jeugdige en ouder bij door de volwassene te begeleiden bij het sensitief en voorspelbaar reageren. Zie de voorbeelden van werkkaart 2 *Hoe bouw je een veilige gehechtheidsrelatie op met een jeugdige?*
2. Wanneer bijsturing van de problematische relatie niet mogelijk is omdat de volwassene niet beschikbaar is, dan moet de jeugdige een nieuwe gehechtheidsrelatie kunnen opbouwen met een andere volwassene. Bij voorkeur is die persoon iemand met wie de jeugdige al vertrouwd is en die voor langere tijd en regelmatig beschikbaar kan zijn.
3. Reageer invoelend en voorspelbaar op de jeugdige die aan je zorg is toevertrouwd. Zo kan de jeugdige een veilige gehechtheidsrelatie opbouwen.
4. Investeer in (de relatie met) de jeugdige. Neem de tijd om samen activiteiten te ondernemen, geef de jeugdige je volle aandacht. Luister en kijk goed naar de jeugdige (Zie voor een uitgebreide beschrijving werkkaart 2).
5. De periode waarbij onduidelijk is of de relatie met de ouder hersteld kan worden, mag maximaal drie tot zes maanden duren omdat een jeugdige zich bij een langere duur tóch gaat hechten en dan weer een verbroken gehechtheidsrelatie te verwerken krijgt.
6. Er bestaat een rangorde in de beschikbare alternatieven van opvang: eerst moet gekeken worden of de jeugdige terecht kan bij familieleden, daarna kan worden gekeken naar een vervangend gezin of gezinshuis. Een residentiële instelling komt op de laatste plaats.
7. Ook wanneer een jeugdige ernstige problemen op het gebied van gehechtheid heeft (zoals een gedesorganiseerde, verstoorde gehechtheidsrelatie), dan nog is de jeugdige het beste af in een gezin of een gezinshuis.
8. Het aantal groepsleidsters of begeleiders in de jeugdhulp die de jeugdige regelmatig zien, moet zo klein mogelijk zijn.
9. Met name voor kinderen onder de 6 jaar in een residentiële voorziening moet het aantal groepswerkers zo beperkt mogelijk zijn, bijvoorbeeld niet meer dan 6 groepswerkers per kind.
10. Voor kinderen tot de leeftijd van 6 jaar is residentiële opvang in een instelling ongeschikt (m.u.v. crisisopvang). Tot de leeftijd van 6 jaar worden kinderen opgevangen in een (therapeutisch) pleeggezin of gezinshuis.
11. Aanbevolen wordt om residentiële opvang om te bouwen naar gezinshuizen.¹¹

¹¹ "Een gezinshuis is een vorm van jeugdhulp waarin gezinshuisouder(s) op professionele wijze vorm geven aan de verzorging, behandeling, opvoeding en begeleiding van een aantal kinderen die geplaatst worden in hun eigen gezin."(Van der Steege, 2012)



Hoofdstuk 2

Prevalentie



2.1 Hoeveel kinderen hebben een problematische gehechtheidsrelatie?

In dit hoofdstuk zetten we op een rij hoe vaak problematische gehechtheidsrelaties bij kinderen voorkomen. De hier gemelde prevalentiecijfers zijn gebaseerd op zowel internationale als Nederlandse studies naar gehechtheid (Lamb et al., 1985; van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988).

Tussen de 60 en 70 procent van alle gezonde, thuiswonende kinderen heeft een veilige gehechtheidsrelatie met hun ouders. Het gaat hierbij om kinderen tussen 1¹² en 12 jaar oud. Veilig gehechte kinderen onderscheiden zich van onveilig gehechte kinderen door het vertrouwen dat zij hebben in zichzelf en in de anderen om hen heen.

Tussen de 30 en 40 procent van alle gezonde, thuiswonende kinderen is onveilig gehecht, dat gekenmerkt wordt door een gemis aan vertrouwen in hun ouders. Zoals in hoofdstuk 1 werd uiteengezet worden drie vormen van onveilige gehechtheid onderscheiden.

Binnen de onveilige groep worden de volgende types onderscheiden.

- Ongeveer 10 procent van alle kinderen behoort tot de groep met een vermijdende gehechtheidsrelatie en houdt doorgaans liever afstand in sociale contacten.
- Ongeveer 20 procent heeft een ambivalente gehechtheidsrelatie, dat zich uit in onzekerheid.
- Ongeveer 15 procent van alle kinderen tussen 1 en 12 jaar oud heeft een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie (Main & Solomon, 1990). Deze kinderen weten niet hoe ze met gehechtheidsrelaties moeten omgaan. Voor hen is de gehechtheidsfiguur zowel een bron van steun als van angst. Deze vorm van problematische gehechtheid is het meest problematisch.
- Uit verschillende meta-analyses komt naar voren dat jeugdigen die opgroeien in een gezin waarvan één of beide ouders psychiatrische problemen heeft vaker een onveilige gehechtheidsrelatie hebben dan gemiddeld (Atkinson, Pagliaa, Coolbear, Niccols, Parker, & Gugerd, 2010; Martins & Gaffan, 2000).

Wat betreft de jeugdigen met een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie is het volgende bekend:

- Ruim driekwart (80 procent) van de kinderen en jongeren die opgroeien in gezinnen waarin sprake is van mishandeling, verwaarlozing en/of huiselijk geweld (jeugdige hoeft zelf geen slachtoffer te zijn) heeft een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie (Cyr et al., 2010).
- 30 procent van de kinderen die na hun 1e verjaardag geadopteerd zijn, heeft een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie (van den Dries, Juffer, van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2009; Londen-Barentsen, 2002).
- Wanneer de adoptie vóór de 1e verjaardag van het kind heeft plaatsgevonden, kan het kind gehechtheidsrelaties vormen die vergelijkbaar zijn met die van niet-geadopteerde kinderen en jongeren. Toch blijft alertheid geboden.
- Ruim 30 procent van de jeugdigen die opgroeien in een pleeggezin heeft een gedesorganiseerde/

12 Rond de eerste verjaardag heeft het kind een gehechtheidsrelatie opgebouwd: het heeft een duidelijke voorkeur voor de ouder.

verstoorde gehechtheidsrelatie met de pleegouders¹³ (van den Dries et al., 2009).

- Ongeveer de helft van de jeugdigen met een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking is onveilig gehecht. In de gezonde populatie is dat 30 tot 40 procent. Kinderen en jongeren met een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking hebben bovendien vaker een gedesorganiseerde/ verstoorde gehechtheidsrelatie (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & van Berckerlaer-Onnes, 2004; Wijnroks et al, 2006). Dit betekent dat er voor jeugdigen met een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking goede diagnostiek beschikbaar moet zijn om te kunnen nagaan of afwijkend gedrag voortkomt uit de stoornis of uit de problematische gehechtheidsrelatie.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat ruim 80 procent van de jeugdigen die zijn opgegroeid in kindertehuizen in Oost-Europa een gedesorganiseerde/ verstoorde gehechtheidsrelatie hebben. Deze gegevens kunnen we echter niet generaliseren naar de Nederlandse situatie. Er zijn weinig gegevens bekend over de gehechtheidsrelatie van kinderen en jongeren die opgroeien in Nederlandse instellingen.

Toch mogen we wel aannemen dat relatief veel kinderen en jongeren die opgroeien in een leefgroep of in tehuis een problematische gehechtheidsrelatie hebben. In een Nederlands onderzoek onder jongeren die in een residentiële setting verblijven, bleek dat slechts 7 procent een veilige gehechtheidsrelatie had met de groepsleider/mentor (Zegers, Schuengel, van IJzendoorn, & Janssens, 2006). In dit onderzoek bleek dat het onveilige werkmodel van de mentor samenhangt met een verminderde sensitieve, flexibele gedragstijl van de mentor, wat mogelijk geleid heeft tot een onveilige gehechtheidsrelatie tussen mentor en jongere in de residentie.

Over de prevalentie van de reactieve hechtingsstoornis zoals omschreven in de DSM-V (maar ook niet voor de DSM-IV) zijn geen Nederlandse cijfers beschikbaar. Op basis van internationale cijfers wordt geschat dat de stoornis bij 1 procent van de bevolking voorkomt (Richters & Volkmar, 1994).

Onder jeugdigen die te maken hebben met mishandeling en/of verwaarlozing lijkt dat percentage veel hoger te liggen: uit Amerikaans onderzoek is gebleken dat circa 38% van deze kinderen en jongeren de stoornis heeft.

NB: In hoofdstuk 3 ('Oorzaken en kenmerken') wordt dieper ingegaan op de verschillende kind-, ouder-, en omgevingsfactoren die van belang zijn voor de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie.

13 Hierbij moet opgemerkt worden dat de gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie waarschijnlijk voortkomt uit een eerdere onveilige of verbroken relatie met de biologische ouders.

2.2 Conclusies

1. Problematische gehechtheidsrelaties komen vaker voor bij jeugdigen die...
 - opgroeien in gezinnen waarin vermoedelijk sprake is van mishandeling, verwaarlozing of huiselijk geweld;
 - na hun eerste verjaardag zijn geadopteerd of opgroeien in een pleeggezin;
 - opgroeien in een leefgroep of tehuis;
 - opgroeien in een gezin waarvan één of beide ouders psychiatrische problemen heeft;
 - een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking hebben.
2. Een reactieve hechtingsstoornis komt bij ongeveer 1 procent van de bevolking voor (Richters & Volkmar, 1994). Onder jeugdigen die te maken hebben met mishandeling en/of verwaarlozing lijkt dat percentage veel hoger te liggen: uit Amerikaans onderzoek is gebleken dat circa 38 procent van deze kinderen en jongeren de stoornis heeft.

Aan het eind van hoofdstuk 3 worden de gezamenlijke aanbevelingen voor hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 gegeven.

Hoofdstuk 3

Oorzaken en kenmerken



3.1 Welke factoren beïnvloeden een problematische gehechtheidsrelatie?

Er zijn allerlei factoren die kunnen leiden tot een problematische gehechtheidsrelatie. Vaak is het een combinatie van omstandigheden die maakt dat de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind niet optimaal tot stand komt. We onderscheiden vier groepen risicofactoren voor het ontstaan van een problematische gehechtheidsrelatie. Doel van dit hoofdstuk is deze risicofactoren beter in kaart te brengen. Het betreft

1. kenmerken en gedrag van de ouder;
2. kenmerken van het jonge kind;
3. gezins- en leefomstandigheden;
4. stabiliteit en continuïteit in het contact tussen ouder en kind.

1. Kenmerken en gedrag van de ouder

Wanneer een ouder zelf een onveilig model van gehechtheid heeft, is de kans groot dat zijn zoon of dochter zelf ook een onveilige gehechtheidsrelatie ontwikkelt (Madigan, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Moran, Pederson, & Benoit, 2006). Voor een groot deel vindt de overdracht van gehechtheid plaats door de mate waarin de ouder sensitief reageert op zijn kind (van IJzendoorn, 1995). Het kan zijn dat de ouder zelf als kind problematisch gehecht was aan zijn ouders, en zodoende een basispatroon van wantrouwen en onzekerheid jegens anderen heeft ontwikkeld. Dat wantrouwen of die onzekerheid geeft de ouder onbewust door. De ouder reageert bijvoorbeeld niet of erg traag op huilen, negeert zijn kind al dan niet bewust of is hardhandig en ruw in de omgang met het kind. Ook het onvermogen om te kunnen reflecteren wordt op het jonge kind overgedragen.

Naast het 'model van gehechtheid' dat de ouder heeft, is de psychische gesteldheid van de ouder van belang voor de ontwikkeling van gehechtheidsrelaties. Factoren zoals depressie, psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek kunnen de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie met een jeugdige bedreigen (Atkinson et al., 2010; Martins & Gaffan, 2000). Ook is het van belang dat ouders vertrouwen hebben in hun eigen kwaliteit als opvoeder. Opvoedingsonzekerheid en opvoedingsspanning hebben een negatieve invloed op de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie (Atkinson et al., 2010; Diener, Nievar, & Wright, 2003).

Hoewel we hier allerlei kenmerken van de ouder hebben benoemd die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een problematische gehechtheidsrelatie, is het zeker niet de bedoeling ouders te 'beschuldigen'. Zoals verderop in dit hoofdstuk aan de orde komt, kan een combinatie van verschillende factoren in jeugdige, ouders en omgeving leiden tot een problematische gehechtheidsrelatie. Ouders hebben vaak wel een gevoel van falen wanneer hun zoon of dochter een problematische gehechtheidsrelatie heeft. Benadruk als professional dat het niet de schuld van de ouders is dat de jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft. Lees hierover meer in hoofdstuk 5 ('Preventie en interventie').

2. Kenmerken van het jonge kind

Eigenschappen van het jonge kind spelen een belangrijke rol in het ontstaan van een gehechtheidsrelatie met de ouder(s). Kinderen die te vroeg geboren zijn, huilen bijvoorbeeld



harder en op een hogere toonhoogte dan voldragen kinderen. Dat kan irritatie oproepen. Ook een moeilijk temperament (van den Boom & Hoeksma, 1994; Thomas & Chess, 1977) stelt hoge eisen aan de ouder. Kinderen met een moeilijk temperament reageren vaak heftiger op prikkels, zijn vaker in een negatieve stemming en hebben een minder regelmatig slaapwaakritme dan kinderen met een makkelijk temperament. Voor de ouders is het daardoor moeilijker om sensitief op signalen te reageren en soepel met het kind om te gaan. Toch kunnen kinderen die te vroeg geboren zijn of een moeilijk temperament hebben wel degelijk veilige gehechtheidsrelaties met hun ouder(s) ontwikkelen.

Zoals in hoofdstuk 2 aan de orde kwam, komt onveilige gehechtheid veel vaker voor bij jeugdigen met een autistische stoornis, ontwikkelingsstoornis en/of verstandelijke beperking. Nederlands onderzoek heeft laten zien dat een groot deel van hen een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie heeft (Rutgers et al. 2004; Wijnroks et al., 2006). Verondersteld wordt dat dit komt doordat gehechtheid niet alleen biologisch, maar ook cognitief bepaald is. Bij de vorming van een gehechtheidsrelatie ontwikkelt het kind een werkmodel van gehechtheid waarin verwachtingen ten aanzien van de ouder en zichzelf liggen opgeslagen (Wijnroks et al., 2006). Voor kinderen met een autistische stoornis en/of verstandelijke beperking is het blijkbaar moeilijker om voorspelbare patronen over de ouder in het geheugen op te slaan.

Ook voor ouders van kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB) of ontwikkelingsstoornissen is het moeilijker om een veilige band op te bouwen met dat kind. Onderzoek laat zien dat deze kinderen minder en moeilijk afleesbare signalen afgeven, waardoor het voor ouders lastiger is om sensitief te reageren op het kind en positieve wederkerige interacties te hebben (Didden, 2006).

In het algemeen geldt overigens dat risicofactoren op het niveau van de jeugdige kunnen worden gecompenseerd door beschermende factoren op het niveau van de ouder(s) en gezin. Denk aan de aanwezigheid van veel sociale steun in het gezin: dit kan compenseren voor risicofactoren zoals vroeggeboorte of een moeilijk temperament. Andersom werkt het niet: risicofactoren op het niveau van de ouder(s) kunnen niet gecompenseerd worden door beschermende factoren op kindniveau (van IJzendoorn, 2008). Om die reden drukt de ouder een zwaarder stempel op de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie dan de jeugdige (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992).

3. Gezins- en leefomstandigheden

Het is niet verwonderlijk dat kindermishandeling een grote invloed heeft op de gehechtheidsrelatie. Wordt een kind mishandeld, dan raakt het verzeild in een onoplosbare paradox ('angst zonder oplossing'; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010). De gehechtheidsfiguur is zowel een bron van troost en veiligheid als een bron van angst (Hesse & Main, 2006). Onderzoek laat zien dat kinderen en jongeren die mishandeld worden vaker onveilig gehecht zijn dan jeugdigen die niet worden mishandeld. In een meta-analyse van Cyr et al. (2010) bleek 86% van de mishandelde kinderen en jongeren een onveilige gehechtheidsrelatie te hebben, tegenover 38% in de normgroep. Van deze onveilig gehechte jeugdigen bleek maar liefst 51% een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie te hebben, terwijl

dat percentage in een gewone populatie ongeveer 15% bedraagt. Kindermishandeling vormt dus een groot risico voor het ontwikkelen van een problematische gehechtheidsrelatie.

Maar er zijn meer risicofactoren in de gezins- en leefomstandigheden voor het ontwikkelen van een problematische gehechtheidsrelatie. Cyr et al. (2010) onderzocht de invloed van kindermishandeling en een combinatie van andere risicofactoren (zoals armoede, alleenstaand ouderschap, etnische afkomst, psychische problematiek bij de ouders, werkloosheid, en middelenmisbruik) op gehechtheid. Waren er meer dan vijf van zulke risicofactoren aanwezig, dan liep de jeugdige een groot risico op een gedesorganiseerde (en dus onveilige) gehechtheid, ook wanneer er geen sprake was van kindermishandeling. Met andere woorden, kinderen die in risicovolle omstandigheden leven hebben meer kans om onveilige en gedesorganiseerde gehechtheidspatronen te ontwikkelen dan kinderen en jongeren in gezinnen met weinig risico's, of ze nu mishandeld worden of niet.

Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg (2010) beschrijven vier ontwikkelingspaden die kunnen leiden tot een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie:

1. mishandeling;
2. verwaarlozing;
3. getuige zijn van huiselijk geweld;
4. aanwezigheid van meerdere risicofactoren, zoals armoede, alleenstaand ouderschap, behoren tot een etnische minderheid, werkloosheid en middelenmisbruik.

In al deze vier situaties is de gehechtheidsfiguur zowel een bron van steun (zoals normaal bij gehechtheidsfiguren) als een bron van angst voor het kind. Stapelen de risicofactoren zich op, dan is dat stressvol en mogelijk traumatisch voor de ouder. Daardoor kan de ouder op bepaalde momenten zozeer 'opgeslokt' zijn door zijn eigen leed dat hij niet reageert als zijn kind nabijheid of steun zoekt. In plaats van zijn kind te troosten, reageert de ouder bijvoorbeeld extreem passief. Dat roept weer angst op bij de jeugdige, hetgeen kan leiden tot een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie.

4. Stabiliteit en continuïteit in het contact tussen ouder en kind

Voor het ontstaan van een veilige, niet-problematische gehechtheidsrelatie is continuïteit in het contact tussen ouder en kind van belang. Een chaotische leef- en opvoedingsomgeving kan leiden tot verwaarlozing van de gehechtheidsbehoefte van de jeugdige (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010). Dat wil zeggen: ouders die zorgen hebben over hun inkomen, over werkloosheid, discriminatie en/of huisvesting zijn soms onvoldoende in staat om sensitief op hun kind te reageren. De vele problemen van de ouders leiden tot een 'chronische hyperactivering van het gehechtheidssysteem in het kind' dat niet weet tot wie het zich kan wenden voor troost (Cyr et al., 2010).

Behalve door onzekere, moeilijke omstandigheden waarin een jeugdige opgroeit, wordt het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie bedreigd door te veel wisselingen van vaste verzorgers. Een jong kind kan zich dan niet veilig hechten. Jonge kinderen die een gehechtheidsfiguur verliezen, lopen ook een groter risico een onveilige gehechtheidsrelatie te

ontwikkelen. Maar ook een ziekenhuisopname van het kind op jonge leeftijd, of conflicten tussen ouders onderling (zoals bij een 'vechtscheiding') kunnen een bedreiging vormen. Kinderen die in hun eerste levensjaren een 'vechtscheiding' tussen beide ouders hebben meegemaakt, lopen een verhoogd risico een problematische gehechtheidsrelatie te ontwikkelen.

In het vorige hoofdstuk werd al opgemerkt dat problematische gehechtheid (vooral de gedesorganiseerde, verstoorde vorm) veel vaker voorkomt bij jeugdigen die geadopteerd zijn en/of opgroeien in een pleeggezin (van den Dries et al., 2009). Voor adoptiekinderen geldt dat de leeftijd waarop ze worden geadopteerd van belang is voor de gehechtheidsrelatie (van den Dries et al., 2009). Kinderen die na de 1e verjaardag worden geadopteerd (op de leeftijd dat zij al een eerste gehechtheidsrelatie hebben opgebouwd) zijn vaker onveilig gehecht dan kinderen die niet geadopteerd zijn. Juist deze kinderen hebben vaak langere tijd in een instelling doorgebracht, en relatief veel geadopteerde kinderen ontwikkelen een gedesorganiseerde gehechtheid (ruim 30 procent, in tegenstelling tot 15 procent in groepen van niet-geadopteerde kinderen). Wanneer de adoptie vóór het 1e levensjaar plaatsvindt, is er geen verschil in gehechtheid tussen geadopteerde en niet-geadopteerde kinderen. Uiteraard blijft alertheid op de gehechtheidsrelatie wel altijd geboden.

3.2 Kan gedesorganiseerde gehechtheid worden hersteld?

Ook in risicovolle omstandigheden, zoals bij arme gezinnen waarin sprake is (geweest) van mishandeling, blijken ouders te profiteren van interventies die gericht zijn op het vergroten van hun sensitiviteit. Zulke interventies kunnen van een onveilige gehechtheidsrelatie een veilige maken. Een Nederlandse studie bij adoptiegezinnen gaf hetzelfde hoopvolle beeld: het is mogelijk om door een interventie de sensitiviteit van adoptiemoeders te vergroten en zo het risico op gedesorganiseerde gehechtheid te verkleinen (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2005; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008). In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op beschikbare interventies.

3.3 Conclusies

Er zijn allerlei redenen waarom de gehechtheidsrelatie van een kind met zijn ouder(s) niet goed tot stand komt. We onderscheiden factoren op vier niveaus:

- a. de ouder: onveilig model van gehechtheid, onvoldoende sensitiviteit, psychiatrische problemen;
- b. het kind: moeilijk temperament, vroeggeboorte, ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis, verstandelijke beperking;
- c. de gezins- en leefomstandigheden waaronder het kind opgroeit: mishandeling, verwaarlozing, opeenstapeling van sociaal-economische risico's zoals armoede, slechte huisvesting, en werkloosheid;
- d. onvoldoende stabiliteit of continuïteit van het ouder-kindcontact.

Vaak is het een combinatie van deze factoren die maakt dat de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind onvoldoende tot stand komt.

3.4 Aanbevelingen hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3

1. Screen altijd op problematische gehechtheid in de volgende situaties:
 - wanneer een jeugdige opgroeit in een gezin waarin vermoedelijk mishandeling, verwaarlozing of huiselijk geweld aan de orde is (geweest);
 - wanneer een jeugdige opgroeit in een gezin waarin één of beide ouders psychiatrische problemen heeft;
 - wanneer een kind een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking heeft;
 - wanneer de stabiliteit en continuïteit van de ouder-kind relatie bedreigd wordt of al doorbroken is, bijvoorbeeld door het verlies van een gehechtheidsfiguur of door een ziekenhuisopname van het kind op jonge leeftijd. Ook kinderen die geadopteerd zijn of opgroeien in een pleeggezin lopen een verhoogd risico een problematische gehechtheidsrelatie te ontwikkelen.
2. Kijk uit voor het beschuldigen van ouders. Heb daarentegen juist oog voor de pijn en het gevoel van falen wanneer hun zoon of dochter een problematische gehechtheidsrelatie heeft (zie ook hoofdstuk 5).

Hoofdstuk 4

Signalering en diagnostiek



4.1 Inleiding

Diagnostisch onderzoek naar problematische gehechtheid is voorbehouden aan professionals die een grondige kennis van de gehechtheidstheorie hebben en getraind zijn in algemene diagnostische vaardigheden. In de regel zal dit een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, een orthopedagoog-generalist of een kinderpsychiater zijn. Voor gedragswetenschappers in de jeugdhulp en jeugdbescherming zijn enkele instrumenten beschikbaar die als eerste screening kunnen worden ingezet. Zo kunnen jeugdprofessionals nagaan of een jeugdige inderdaad problemen heeft met gehechtheid. Als zulke problemen worden vermoed, moeten zowel de jeugdige als de ouder geobserveerd en geïnterviewd worden. Wordt het vermoeden bevestigd, dan zou de jeugdige doorverwezen moeten worden naar een mogelijke behandelaar die de diagnose kan stellen. Voor het stappenplan screening verwijzen we naar werkkaart 3. Eerst gaan we in op de afzonderlijke onderdelen.

4.2 Screeningsinstrumenten

De volgende instrumenten kunnen worden ingezet wanneer problematische gehechtheid wordt vermoed. Aanwijzingen voor een vermoeden worden gegeven in paragraaf 4.4:

- *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* (Boris & Zeanah, 2005; Stor & Storsbergen, 2006). Dit is een checklist die samen met de ouders kan worden ingevuld, eventueel op basis van een gedragsobservatie van de jeugdige (zie bijlage 4 voor de checklist);
- *Attachment Insecurity Screening Inventory* (AIS; Colonesi, Wissink, Noom, Asscher, Hoeve, Stams, & Kellaert-Knol, 2013). Dit is een korte vragenlijst die door de ouder van een jong kind (2 tot en met 5 jaar) ingevuld kan worden. De lijst geeft aan of er mogelijk sprake is van een problematische gehechtheidsrelatie;
- *Child Behaviour Checklist* (CBCL), *Youth Self Report* (YSR) en *Teacher's Report Form* (TRF) (Achenbach & Rescorla, 2001). Deze vragenlijsten kunnen worden ingezet als algemeen screeningsinstrument zodat duidelijk wordt welke gedragsproblemen aan de orde zijn bij een jeugdige. De CBCL is bedoeld voor ouders, de YSR voor jeugdigen vanaf 11 jaar, en de TRF voor leerkrachten. Voor LVB-jeugdigen is de *Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag* (VOG) geschikter dan de CBCL (Koot & Dekker, 2001);
- *Emotional Availability Scales* (EAS; Biringen, Robinson, & Emde, 2000). Dit zijn observatieschalen waarmee sterke en zwakke kanten van de ouders in de omgang met hun zoon of dochter beoordeeld kunnen worden. Ook de responsiviteit van de jeugdige (d.w.z. de mate waarin hij reageert op de ouder) kan met deze schalen beoordeeld worden.

4.3 Diagnostische instrumenten

Veel van de beschikbare diagnostische instrumenten zijn uitsluitend geschikt om de kwaliteit van gehechtheidsrelaties in wetenschappelijk onderzoek vast te stellen, en veel minder geschikt voor de praktijk (Juffer, 2010). Het gaat hierbij om de *Vreemde Situatie Procedure* (VSP) die afgenomen kan worden bij kinderen vanaf twaalf maanden, de *Attachment Q-Sort* (AQS) en de *Attachment Story Completion Test* (ASCT; Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990) voor kinderen in de basisschoolleeftijd, en het *Gehechtheids Biografisch Interview* (GBI) dat bedoeld is voor adolescenten (vanaf ongeveer 14 jaar) en volwassenen (Bakermans-Kranenburg, 1993; Beijersbergen, 2008; Main & Solomon, 1990).



De volgende diagnostische instrumenten zijn **wel** geschikt voor gebruik in de klinische praktijk. De professional moet voor de afname ervan en voor een correcte interpretatie van de uitkomsten goed op de hoogte zijn van de gehechtheidstheorie en geschoold zijn in diagnostische vaardigheden. In de regel zal de professional een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, of een orthopedagoog-generalist zijn.

- *Klinische Observatie van Gehechtheid* (Clinical Observation Attachment; COA). De COA (Boris, Hinshaw-Fuselier, Smyke, Scheeringa, Heller, & Zeanah, 2004) is gebaseerd op de wetenschappelijke Vreemde Situatie Procedure, maar heeft 2 extra 'stress'-momenten toegevoegd. Het kind krijgt bijvoorbeeld beangstigend speelgoed aangeboden, of de onbekende onderzoeker zoekt contact met het kind. De procedure is geschikt voor kinderen tot 5 jaar, duurt ongeveer een uur, en wordt beoordeeld op video met behulp van de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag. Bij elke episode wordt omschreven wat adaptief hechtingsgedrag is (Boris & Zeanah, 2005; zie ook Dekker – van der Sande & Janssen, 2010).
- *Disturbances of Attachment Interview* (DAI; Smyke & Zeanah, 1999) is een kort, half-gestructureerd interview met de ouder(s) over de jeugdige. In twaalf vragen worden gedragingen geïnventariseerd die zouden kunnen wijzen op een problematische gehechtheidsrelatie.
- *Parent Development Interview* (PDI; Aber, Slade, Berger, Bresgi, & Kaplan, 1985) is een interview met de ouders dat is gebaseerd op het wetenschappelijke *Gehechtheids Biografisch Interview*. Er worden vragen gesteld over het reflecterend vermogen van de ouder en over de ervaringen met hun zoon of dochter.
- *Working Model of Child Interview* (WMI; Zeanah & Benoit, 1995). Dit is een interview om in beeld te brengen hoe de ouders tegen de relatie met hun zoon/dochter aankijken.

4.4 Conclusies: Stappenplan voor screening en diagnostiek

In het boek '*Signaleren van verstoorde gehechtheid*' wordt een uitgebreide diagnostische procedure beschreven die is ontwikkeld voor kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking (Dekker – van der Sande & Janssen, 2010). Het stappenplan van Dekker – van der Sande en Janssen is een voorbeeld van 'best practice', die we hier aanbevelen voor gebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming, ook bij niet-beperkte kinderen. Het stappenplan dat we hier presenteren is vereenvoudigd om het geschikt te maken voor jeugdprofessionals. Bij elke volgende stap is meer specifieke deskundigheid vereist: Stap 1 kan door alle professionals in de jeugdhulp worden uitgevoerd, en stap 2 door gedragswetenschappers. Voor het uitvoeren van stap 3 zijn specifieke vaardigheden nodig om de verschillende instrumenten af te kunnen nemen en de uitkomsten ervan te kunnen interpreteren. Deze stap kan uitgevoerd worden door een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP of een orthopedagoog-generalist. Op werkkaart 3 is dit stappenplan apart weergegeven.

Stap 1: Wees alert op gehechtheid

Ouders, pedagogisch medewerkers en begeleiders letten erop of een jeugdige zich op z'n gemak voelt bij de personen aan wie hij gehecht is. Voelt de jeugdige zich veilig bij die persoon, laat het kind zich troosten of helpen, luistert het kind doorgaans naar deze volwassene? Hebben ze samen plezier? Eventueel wordt de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* (zie bijlage 4) geraadpleegd om te checken welke gedragingen van de jeugdige zouden kunnen wijzen op een problematische gehechtheidsrelatie. Deze lijst wordt nog niet afgenomen.



Stap 2: Wanneer er een vermoeden is van een problematische gehechtheidsrelatie, schakel dan de gedragswetenschapper in voor een korte screening.

In overleg met de (ambulant) begeleider of de jeugdprofessional worden de volgende activiteiten uitgevoerd.

- a. Een eerste gesprek met de ouders (of de volwassene die de ouderrol vervult) bij wie de jeugdige opgroeit of opgegroeid is. In dit eerste gesprek verkent de gedragswetenschapper de voorgeschiedenis van de jeugdige. De informatie die de ouders aandragen, kan worden aangevuld met gegevens uit het dossier van de jeugdige. Het is de bedoeling dat de gedragswetenschapper een globaal beeld krijgt van de volgende aandachtspunten:
 - Zijn er aanwijzingen voor pathogene zorg, dat wil zeggen: verwaarlozing, mishandeling, of het negeren van basale fysieke en emotionele behoeften van de jeugdige?
 - Is Veilig Thuis betrokken (geweest) bij het gezin of zijn er juridische maatregelen aan de orde?
 - Zijn er wisselingen van ouders/verzorgers geweest?
 - Is er sprake van een uithuisplaatsing op jonge leeftijd?
 - Heeft de jeugdige ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt?

Verder is van belang dat samen met de ouders de belemmerende en beschermende factoren op alle vier niveaus in kaart gebracht worden: ouder, kind, gezinsomstandigheden en het contact tussen ouder en kind. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van bijlage 2. Naast een gesprek met de ouders over de voorgeschiedenis, wordt ook met de jeugdige zelf gesproken als de jeugdige daartoe in staat is. Het kan zijn dat de beleving van de jeugdige, bijvoorbeeld over ingrijpende gebeurtenissen, verschilt van die van de ouders of verzorgers.

- b. De gedragswetenschapper neemt de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag*¹⁴ af (zie bijlage 4). In een gesprek met de ouders wordt voor elk gedrag uit de lijst nagegaan of de jeugdige dat gedrag laat zien ten opzichte van de ouder. Daarbij vraagt de gedragswetenschapper naar concrete voorbeelden. Aan elke gedraging wordt een score tussen de 1 en 5 toegekend. Na afloop maakt de gedragswetenschapper een verslag en berekent een totaalscore. Het is ook mogelijk de lijst in te vullen op basis van observaties van de jeugdige met zijn ouder.
- c. Het brede functioneren van de jeugdige in het dagelijks leven wordt verder onderzocht met behulp van de CBCL/TRF/YSR of de *Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag* (VOG; Koot & Dekker, 2001). Bij voorkeur vullen zowel ouders, leerkracht, als de jeugdige zelf de vragenlijst in. De vragenlijst geeft een indicatie van de mate waarin gedrags- en emotionele problemen voorkomen.
- d. De gedragswetenschapper rondt samen met de (ambulante) begeleider en eventueel de pedagogisch medewerker de screening af, met als drie mogelijke uitkomsten:
 - het vermoeden van problematische gehechtheid wordt niet bevestigd. Dat betekent dat de gedragswetenschapper nagaat of er nog meer onderzoek nodig is. Is dat niet het geval, dan rondt hij de zaak af.

¹⁴ In plaats van de hier genoemde Lijst kan ook de Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI) gebruikt worden, de opvolger van de Attachment Difficulties Screening Inventory (ADSI; Stams et al, 2012)

- het vermoeden wordt gedeeltelijk bevestigd. Van belang is om onderscheid te maken tussen gehechtheidsproblematiek en andere gedrags- of emotionele problemen.
- Het vermoeden wordt bevestigd.

Stap 3: Indien er aanwijzingen zijn voor gehechtheidsproblemen: uitgebreider onderzoek door de gedragswetenschapper

- In een gesprek met de ouders wordt de gehechtheidsontwikkeling van de jeugdige nauwkeuriger in kaart gebracht dan in stap 2 (zie bijlage 3).
- De gedragswetenschapper kan gebruik maken de *Klinische Observatie van Gehechtheid* (Boris et al., 2004; Dekker – van der Sande & Janssen, 2010).
- De gedragswetenschapper kan een interview afnemen bij de ouders: het *Disturbances of Attachment Interview* (DAI; Smyke & Zeanah, 1999; Dekker – van der Sande & Janssen, 2010).
- Bij ernstige problemen van de jeugdige verwijst de gedragswetenschapper naar een kinderpsychiater, GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP of een orthopedagoog-generalist. Hij kan beoordelen of er sprake is van een reactieve hechtingsstoornis zoals gedefinieerd door de DSM-5, en of er eventueel sprake is van comorbiditeit.
- De gedragswetenschapper en begeleider bekijken en beoordelen de video-opnamen van interacties tussen het jonge kind en de volwassene aan wie het kind problematisch gehecht is. Daarbij maken ze onder andere gebruik van de Emotional Availability Scales (EAS; Biringer et al., 2000).
- De uitkomsten uit de verschillende instrumenten worden naast elkaar gelegd en gewogen. Op basis van dit totaalbeeld wordt vastgesteld welke behandeling of begeleiding nodig is. Als het uitgebreide onderzoek aangeeft dat de jeugdige ernstige problemen heeft op het gebied van gehechtheid, zoals een hechtingsstoornis, verwijs dan door naar een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP of orthopedagoog-generalist met relevante scholing in de gehechtheidsproblematiek.

4.5 Aanbevelingen

Voor ouders/verzorgers die dagelijks met de jeugdige omgaan

Let erop of de jeugdige zich op z'n gemak voelt bij de personen aan wie hij gehecht is. Voelt de jeugdige zich op z'n gemak bij die persoon, laat hij zich troosten of helpen, luistert hij doorgaans naar deze volwassene? Hebben ze samen plezier? Eventueel wordt de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (zie bijlage 4) geraadpleegd om te checken welke gedragingen van de jeugdige zouden kunnen wijzen op een problematische gehechtheidsrelatie. Deze lijst wordt nog niet afgenomen.

Aanbevelingen voor de (ambulant) begeleider

1. Net als hierboven: wees alert op problemen met gehechtheid door erop te letten of de jeugdige zich op z'n gemak voelt bij de persoon aan wie hij gehecht is. Eventueel wordt de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (zie bijlage 4) geraadpleegd om te checken welke gedragingen van de jeugdige zouden kunnen wijzen op een problematische gehechtheidsrelatie. Deze lijst wordt nog niet afgenomen.
2. Benadruk in het contact met de ouders dat een combinatie van verschillende factoren in jeugdige, ouders en omgeving kan leiden tot een problematische gehechtheidsrelatie. Benadruk dat het niet de schuld van de ouders is dat de jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft, maar dat de ouders wel kunnen bijdragen aan herstel van de gehechtheidsrelatie!
3. Heb oog voor de eigen problemen van de ouders: vaak hebben ouders zelf een onveilig werkmodel van gehechtheid, het kan zijn dat de ouders zelf slachtoffer zijn (geweest) van mishandeling, verwaarlozing en/ of huiselijk geweld. Ook kunnen er psychiatrische problemen aanwezig zijn. Problemen op het werk, in de familie of het gezin (verlies en/of relatieproblemen/chtscheiding) hebben, net als stress in het algemeen, deregulerende effecten op ouders. Ze kunnen daarmee een veilige band met hun zoon of dochter in de weg staan. Steun ouders in het zoeken van hulp voor henzelf, en zorg voor een warme, dus begeleide overdracht indien je ze verwijst naar een andere professional.
4. Zorg dat er gewerkt wordt aan eventuele psychiatrische problemen van de ouders, bijvoorbeeld door te verwijzen naar de huisarts voor doorverwijzing richting GGZ of het maatschappelijk werk.
5. Zoek de samenwerking met de ouders zodat zij gemotiveerd raken om door jou gecoacht of begeleid te worden bij het herstellen van de gehechtheidsrelatie met hun zoon of dochter. Sluit daarbij zo veel mogelijk aan bij de mogelijkheden van ouders. Vaak zijn ouders door jarenlange problemen met hun kind in een negatieve spiraal terechtgekomen en voelen ze zich incompetent. Het is daarom belangrijk dat ouders het vertrouwen in zichzelf als opvoeder terugvinden en overtuigd raken van het idee dat ze een positieve invloed kunnen uitoefenen op hun zoon of dochter.

Aanbevelingen voor de gedragswetenschapper

1. Volg bij iedere plaatsing van een jeugdige onder verantwoordelijkheid van Jeugdhulp het Stappenplan voor screening en diagnostiek (zie werkkaart 3).
2. Bestaat het vermoeden dat een jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft, onderzoek dit dan systematisch, liefst op meerdere manieren. Volg het stappenplan. Hierin staat dat er bij een vermoeden altijd een gesprek met de ouders plaatsvindt over de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie. Daarna wordt de Lijst *Signalen Verstoorde Gehechtheid* uitgevraagd en de CBCL/TRF/YSR of VOG voorgelegd (stap 2).
3. Wanneer het nodig is de gehechtheidsproblemen uitgebreider te onderzoeken (stap 3), observeer dan de interactie tussen ouder en kind, eventueel met behulp van een videocamera.
4. Voer onderzoek naar problematische gehechtheid zo veel mogelijk multidisciplinair uit. Dat wil zeggen dat bij het onderzoek een (GZ-)psycholoog of orthopedagoog-generalist, een psychotherapeut en vaktherapeuten betrokken zijn.

Baseer het onderzoek ook op verschillende instrumenten, en volg een heldere procedure, zoals het stappenplan. Vaktherapeuten kunnen sowieso als gespecialiseerde professionals in een multidisciplinaire setting bijdragen aan het onderzoek naar verstoringen in de interactie als gevolg van problematische gehechtheid.

5. Als het uitgebreide onderzoek aangeeft dat de jeugdige ernstige problemen heeft op het gebied van gehechtheid, zoals een hechtingsstoornis, verwijs dan door naar een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP of orthopedagoog-generalist met relevante scholing in de gehechtheidsproblematiek.



Hoofdstuk 5

Preventie en interventie



5.1 Inleiding

Jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie zijn geholpen met positieve, correctieve gehechtheidservaringen met die gehechtheidspersoon. Als een kind of jongere een problematische gehechtheidsrelatie heeft met zijn ouder, zou het goed zijn wanneer die ouder zijn gedrag zodanig ombuigt of bijstelt dat hij op een sensitieve en voorspelbare manier op zijn kind gaat reageren. Een uitgebreide beschrijving van sensitiviteit wordt gegeven in werkkaart 2, *'Hoe bouw je een veilige gehechtheidsrelatie met een jeugdige op?'*

In de regel zal het nodig zijn om de ouders, aan wie de jeugdige problematisch gehecht is, te ondersteunen en te begeleiden zodat ze zich een sensitieve gedragsstijl eigen kunnen maken. Als het niet mogelijk is om het gedrag van de ouder bij te sturen, of als deze ouder niet (meer) beschikbaar is, zou het kind of de jongere de kans moeten krijgen om een nieuwe gehechtheidsrelatie op te bouwen met een andere verzorger (Juffer, 2010). Bij voorkeur is dat een verzorger met wie de jeugdige een band heeft en die voor langere tijd beschikbaar kan zijn. Ook deze verzorgers verdienen het om te leren hoe ze met het kind of de jongere een gehechtheidsrelatie kunnen opbouwen.

Wanneer een kind (tijdelijk) niet bij zijn of haar ouders verblijft, blijft het van groot belang dat het kind contact houdt met de ouders, tenzij dit niet in het belang van het kind is. Het verbreken van het contact tussen ouder en kind is een ingrijpende maatregel en mag slechts genomen worden indien de belangen van het kind dit eisen.

Voor veel jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie zal niet direct duidelijk zijn of de band met de eigen ouders weer hersteld kan worden, of dat ze een nieuwe gehechtheidsrelatie kunnen opbouwen met een andere volwassene. De jeugdige is sowieso gebaat bij verzorgers die sensitief en voorspelbaar reageren. In werkkaart 2 wordt uitgebreid beschreven hoe sensitief gedrag er uitziet.

In dit hoofdstuk bespreken we eerst enkele *erkende* interventies (paragraaf 5.2) die gericht zijn op het verbeteren van de sensitiviteit van de ouder/verzorger. Deze preventieve interventies zijn geschikt voor ouders van kinderen tot ongeveer 7 jaar, en maken gebruik van begeleiding door middel van videofeedback. Door de video-opnames krijgen ouders in de gaten op welke momenten zij sensitief en voorspelbaar gedrag laten zien. Videofeedback kan worden ingezet door een ambulante begeleider of een gedragswetenschapper, nadat deze hiervoor specifiek getraind is.

In paragraaf 5.3 bespreken we een interventie die geschikt is voor kinderen vanaf 7 jaar. Zij hebben in de regel ernstiger problemen op het gebied van gehechtheid dan jonge kinderen. De behandelingen kunnen aangeboden of geïndiceerd worden door een gedragswetenschapper die gespecialiseerd is in diagnostiek en behandeling. Dat is meestal een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, of een orthopedagoog-generalist.

In onze bespreking van interventies gaan we voorbij aan methoden waarbij dwang gebruikt wordt. Denk aan holding-therapieën waarbij de jeugdige tegen zijn wil in wordt vastgehouden

door de ouder of therapeut. Het gebruik van dwang is het tegenovergestelde van sensitiviteit, en kan daarmee nooit een veilige gehechtheidsrelatie bevorderen. Gehechtheid draait om nabijheid en intimiteit, in de betekenis van verbondenheid. Zoiets kun je niet afdwingen, het ontstaat spontaan in een relatie waarin kind en ouders zich geborgen weten. Ook van regressietherapieën is inmiddels bekend dat deze eerder kwaad dan goed doen (Chaffin, Hanson, Saunders, Nichols, Barnett, & Miller-Perrin, 2006; Pignotti & Mercer, 2007).

We sluiten dit hoofdstuk af met enkele overwegingen bij de behandeling van problematische gehechtheid in de praktijk. De inventarisatie van de verschillende interventies geeft aan dat er nog niet veel behandelingen beschikbaar zijn in Nederland op dit moment voor kinderen vanaf 7 jaar met gehechtheidsproblemen. In de laatste paragraaf formuleren we, op basis van de mening van de professionals zelf, enkele handvatten voor preventie en behandeling van problematische gehechtheidsrelaties bij jeugdigen.

5.2 Preventieve interventies die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij jonge kinderen (tot en met ongeveer 7 jaar) bevorderen

Uit een meta-analyse van Bakermans-Kranenburg et al. (2003) blijkt dat met name kortdurende interventies gericht op het verbeteren van de sensitieve opvoedingshouding effectief zijn. Ouders verbeteren hun eigen gedrag ten opzichte van hun kind, en het kind reageert daar positief op: het gaat zich na verloop van tijd veilig hechten aan de ouders. Dergelijke interventies blijken goed te werken als gebruik gemaakt wordt van video-feedback. Dat wil zeggen: de trainer filmt de ouder in de alledaagse omgang met het kind en selecteert daaruit situaties waarin de ouder heel positief en sensitief op het kind reageerde. Door het positieve gedrag van de ouder uit te vergroten en de aandacht te vestigen op de positieve effecten die dat gedrag op het kind heeft, wordt de ouder gestimuleerd om zulk gedrag veel vaker te laten zien. Ook voor pleeg/stief- en adoptieouders kunnen deze interventies een goed middel zijn, eveneens ter voorbereiding op de komst van hun kind.

Er zijn vijf erkende interventies in Nederland die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij jonge kinderen (tot en met 7 jaar) stimuleren door het opvoedgedrag van de ouder aan te pakken: de VIPP-SD, Ouder-baby-interventie, PCIT, Basic Trustmethode en K-VHT (gerangschikt naar de mate effectiviteit in de databank van het Nji). Alle interventies zijn erop gericht ouders te leren sensitief of sensitiever op hun kind te reageren. Drie van de vijf interventies (PCIT, de VIPP-SD en Basic Trustmethode) beogen daarnaast ook de ouder te ondersteunen in hun omgang met probleemgedrag. De VIPP-SD en de Basic Trustmethode richten zich op milde gedragsproblemen, terwijl PCIT geschikt is voor veel zwaardere gedragsproblemen.

Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)

- Effectief volgens sterke aanwijzingen; geschikt voor ouders van kinderen van 1 tot en met 3 jaar;
- geschikt voor kinderen met milde gedragsproblemen.

VIPP-SD (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008; Juffer & Van IJzendoorn, 2008) is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 1 tot en met

3 jaar die lastig, externaliserend gedrag vertonen. Het programma is erop gericht de opvoedingsvaardigheden van de ouders te versterken door aandacht te schenken aan positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Tijdens 6 huisbezoeken krijgen de ouders feedback op video-opnamen van interacties tussen ouders en kind. Dat werkt. De VIPP-SD-interventie is effectief gebleken bij ouders met een belast, onveilig gehechtheidsverleden, bij ouders met een eetstoornis, bij insensitieve ouders en bij risicogroepen, bijvoorbeeld kinderen met externaliserend probleemgedrag of adoptiekinderen.

Ouder-baby-interventie

- Effectief volgens goede aanwijzingen;
- geschikt voor depressieve moeders van een baby tot en met 12 maanden.

De Ouder-baby-interventie (van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman, & Hoefnagels, 2008) is een geïndiceerde, preventieve interventie, gericht op depressieve moeders met een jong kind (tot en met twaalf maanden). Doel is het verbeteren van de sensitieve responsiviteit van de moeder. De hulpverlener bekrachtigt positieve interacties tussen moeder en kind en stimuleert nieuwe interacties. Dat doet de hulpverlener onder andere door de moeder met behulp van video-opnamen te wijzen op haar cognities en attributies. De Ouder-baby-interventie blijkt het sensitieve gedrag van de moeder te verbeteren. Uiteindelijk doel is te voorkomen dat het kind op latere leeftijd psychosociale problemen ontwikkelt.

Basic Trustmethode

- Goed onderbouwd;
- geschikt voor ouders van kinderen van 2 tot en met 5 jaar;
- geschikt voor kinderen met milde gedragsproblemen en/of emotionele problemen.

De Basic Trustmethode (Polderman, Kellaert-Knol, & Stams, 2011) is een kortdurende interventie voor kinderen van 2 tot en met 5 jaar die kampen met gedrags- en/of emotionele problemen en een problematische gehechtheidsrelatie. In 8 sessies wordt - met behulp van video-hometraining (VHT) - gewerkt aan de problematiek van het kind. Vier keer wordt de interactie tussen ouders en kind bij de ouders thuis gefilmd. Ook zijn er 4 terugkijksessies. Daarbij bespreekt de trainer samen met de ouders de opnames en laat hij de ouders goede voorbeelden zien. Daarnaast krijgen de ouders psycho-educatie over de dynamiek achter de symptomen en opvoedingsadviezen die gericht zijn op de gehechtheid. Tevens wordt veel aandacht besteed aan het 'veilig disciplineren'.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

- Goed onderbouwd (herbeoordeling juni 2015: effectief volgens eerste aanwijzingen);
- geschikt voor ouders van kinderen van 2 tot en met 7 jaar;
- geschikt voor kinderen met ernstige gedragsproblemen.

PCIT (Bagner & Eyberg, 2007; Coelman, 2007; Eyberg, 1999) moet de opvoedingsvaardigheden van de ouder met een kind met ernstige gedragsproblemen vergroten. Ook richt de therapie zich op het verbeteren van de ouder-kindrelatie. Dat gebeurt door ouders en kind de

opdracht te geven om samen in een spelkamer iets leuks te gaan doen. Een van de ouders wordt daarbij via een oortje gecoacht door een therapeut die achter een one-way-screen meekijkt ('live-coaching'). In de eerste fase van PCIT worden de ouders getraind om positieve aandachtsvaardigheden in te zetten. Denk aan nadoen, benoemen, prijzen, sensitief reageren, een enthousiaste toon gebruiken. Tegelijkertijd dienen de ouders mild verstorend gedrag actief te negeren. In de tweede fase worden ouders getraind in het disciplineren. Dat wil zeggen dat ze leren hoe ze op een effectieve manier opdrachten kunnen geven en kunnen reageren op verzet van het kind. Het gaat er in deze fase dus vooral om de gehoorzaamheid van het kind te verbeteren.

Kortdurende video-hometraining (K-VHT) in gezinnen met jonge kinderen

- Goed onderbouwd;
- geschikt voor ouders met opvoedingsvragen over kinderen tot 4 jaar.

K-VHT is een gedragsinterventie voor ouders die opvoedingsvragen hebben of spanning en problemen ervaren in de opvoeding. Het programma moet de opvoedingsvaardigheden van ouders versterken en zo de ouder-kindrelatie verbeteren. Tijdens zes huisbezoeken krijgen de ouders feedback op video-opnamen van interacties tussen hen en het kind. Er zijn aanwijzingen dat video-feedback de interactievaardigheden van de ouders kan verbeteren (Fukkink, 2007; 2008).

5.3 Interventies die zich richten op de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies is één interventie erkend als 'effectief volgens eerste aanwijzingen' die ook geschikt is voor kinderen ouder dan 7 jaar: de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG), ontwikkeld door Sterkenburg, Schuengel, & Janssen (2008).

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)

- Effectief volgens eerste aanwijzingen;
- geschikt voor kinderen en jongeren tot 18 jaar met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen.

De interventie is 'effectief volgens eerste aanwijzingen'. Oftewel: onderzoek met zwakke of indicatieve bewijskracht laat zien dat de interventie samengaat met een effect, alleen is nog niet duidelijk of dat effect ook door de interventie wordt veroorzaakt.

ITGG is een psychotherapeutische interventie voor kinderen en jongeren tot 18 jaar met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen (Sterkenburg et al., 2008). De behandelaar probeert in de eerste fase een gehechtheidsrelatie op te bouwen met de jeugdige. In de 2e fase volgt gedragstherapie. In de laatste fase wordt het netwerk van relaties uitgebreid en neemt de therapeut steeds meer een plek op de achtergrond in. De behandeling wordt drie uur per week, verspreid over de hele week, in de dagelijkse leefomgeving van de jeugdige aangeboden. De methode is ontwikkeld voor kinderen en jongeren met een meervoudige beperking, maar kan volgens de ontwikkelaar goed gebruikt worden voor normaalbegaafde jonge kinderen.

5.4 Behandeling van problematische gehechtheid in de praktijk.

In de regel is het de taak van de ambulante begeleider, met steun van de gedragswetenschapper, om ouders te ondersteunen en te coachen in de omgang met een jeugdige die een problematische gehechtheidsrelatie heeft. Er zijn in totaal 6 behandelingen in Nederland erkend, zij het dat 5 daarvan geschikt zijn voor jonge kinderen tot 7 jaar. Voor kinderen boven de 7 is slechts een behandeling beschikbaar. In veel gevallen zal de professional in de jeugdhulp nog niet beschikken over deze specifieke interventies. Daarom hebben we hieronder enkele handvatten geformuleerd voor het begeleiden van ouders. Deze handvatten zijn gebaseerd op gesprekken met professionals in de jeugdhulp en kunnen worden toegepast door de ambulante begeleider of de gedragswetenschapper.

1. Heb als begeleider oog voor het gevoel van falen bij de ouder. Erken de problemen en de eventuele pijn rond het pleeg-/adoptie-/stiefouderschap. Zoek op een niet-beschuldigende manier de samenwerking met de ouders, en motiveer hen zo tot coaching.
2. Als aan deze randvoorwaarde (oog hebben voor de ouder) is voldaan, start de begeleiding met *psycho-educatie*. In gesprekken met de ouders wordt uiteengezet hoe een problematische gehechtheidsrelatie kan ontstaan, en hoe een gebrek aan veiligheid kan leiden tot lastig gedrag. De begeleider maakt liefst zo concreet mogelijk wat het kind of de jongere nodig heeft om een veilige gehechtheidsrelatie op te bouwen, en welke stappen de ouders daarin kunnen zetten. Belangrijke punten hierbij zijn: hoe reageer je sensitief op je kind? Hoe werkt 'benoemen van gedrag en gevoel' en hoe geef je een ontvangstbevestiging? Bij de psycho-educatie kan gebruik gemaakt worden van de cliëntenversie van deze Richtlijn.
3. Indien de ambulante begeleider de beschikking heeft over een videocamera kan de begeleider video-opnames maken van de ouder-kindinteracties in de thuissituatie. Fragmenten waarin de ouders erin slagen het gedrag van hun kind te benoemen, waarna de jeugdige een positief signaal afgeeft, kunnen achteraf samen met de ouders worden teruggekeken. Als ouders zien dat hun kind positief op hen reageert, motiveert dat enorm en zullen ouders zich op den duur competentier gaan voelen. Met behulp van de videocamera krijgen ouders meer inzicht in hun eigen gedrag en zien ze duidelijker hoe hun kind op dat gedrag reageert. Video-feedback geven is in het algemeen een krachtig middel om ouders te coachen.
4. Gedurende de hele ouderbegeleiding geldt '*practice what you preach*'. De begeleider dient ervoor te zorgen dat hij zelf in het contact met de ouders die principes toepast die hij de ouders wil aanleren. Dus de begeleider reageert sensitief, luistert goed, toont respect, heeft vertrouwen in de ouders, probeert zo veel mogelijk aan te sluiten bij wat de ouders nodig hebben en heeft veel geduld.

5.5 Conclusies

1. Voorwaarde voor interventie is dat de jeugdige een emotioneel beschikbaar persoon heeft om zich aan te hechten. Ook dient het kind of de jongere verzekerd te zijn van een veilige en stabiele plek van waaruit hij positieve interacties met de hechtingsfiguur kan aangaan.



2. Er zijn vijf erkende preventieve interventies in Nederland beschikbaar die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij jonge kinderen (tot ongeveer 7 jaar) bevorderen door de ouder te ondersteunen als het gaat om sensitief gedrag. Dit zijn de VIPP-SD, Ouder-baby-interventie, PCIT, Basic Trustmethode en K-VHT (gerangschikt naar de mate van effectiviteit in de databank van het Nji).

De VIPP-SD interventie is effectief volgens sterke aanwijzingen en voor de effectiviteit van de Ouder-baby-interventie zijn goede aanwijzingen. PCIT is sinds de herbeoordeling (juni, 2015) effectief volgens eerste aanwijzingen, de Basic Trustmethode en K-VHT zijn theoretisch goed onderbouwd volgens de *Databank Effectieve Jeugdinterventies* van het Nji.

3. Van de vijf hierboven genoemde preventieve interventies richten er drie zich ook op de aanpak van probleemgedrag bij het jonge kind: PCIT, de VIPP-SD en de Basic Trustmethode. De VIPP-SD en de Basic Trustmethode richten zich op milde gedragsproblemen, terwijl PCIT geschikt is voor zware gedragsproblemen zoals ODD en ADHD.
4. Van de interventies die zich richten op de behandeling van problematische gehechtheid bij kinderen ouder dan 7 jaar, is 1 interventie erkend als 'effectief volgens eerste aanwijzingen': de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG), ontwikkeld door Sterkenburg, Schuengel, & Janssen (2008). We beschrijven hiermee de stand van zaken in 2013.
5. Niet effectief of zelfs schadelijk zijn de volgende interventies:
 - interventies die gehechtheid willen bewerkstelligen door dwang;
 - interventies die het 'doorwerken' van trauma door regressie bevorderen, zoals therapeutisch vasthouden, holding en rebirthing-therapie.Er is geen empirisch bewijs voor de effectiviteit van deze interventies. Bovendien zijn ze in tegenspraak met de gehechtheidstheorie die het belang van sensitief gedrag van de ouders benadrukt. Genoemde interventies kunnen daarom schadelijk voor kinderen zijn (Chaffin et al., 2006; Pignotti & Mercer, 2007).

5.6 Aanbevelingen

Aanbevelingen voor ouders en (professionele) verzorgers

Jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie zijn gebaat bij ouders (en verzorgers) die sensitief met hen omgaan. Investeer daarom in (de relatie met) je kind. Neem de tijd om samen activiteiten te ondernemen, geef hem je volle aandacht. Luister en kijk goed naar je kind. Benoem wat hij met zijn gedrag laat zien en benoem zijn emoties (zie voor een uitgebreide beschrijving werkkaart 2).

Aanbevelingen voor begeleiders

1. Bij het ondersteunen van ouders/verzorgers in de omgang met een jeugdige die een problematische gehechtheidsrelatie heeft, staan de begeleider enkele erkende interventies ter beschikking: de VIPP-SD, de Ouder-baby-interventie, PCIT, de Basic Trustmethode en K-VHT. De begeleider dient wel getraind te zijn in het toepassen van zo'n specifieke interventie.



2. Voor de behandeling van problematische gehechtheid bij kinderen ouder dan 7 jaar is één interventie erkend als 'effectief volgens eerste aanwijzingen': de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG), ontwikkeld door Sterkenburg, Schuengel, & Janssen (2008).
3. Omdat de begeleider in veel gevallen niet de beschikking heeft over bovengenoemde interventies heeft de werkgroep de volgende aanbevelingen geformuleerd op basis van consensus:
 - erken als begeleider de problemen en de eventuele pijn van ouders rond hun ouderschap;
 - zorg dat er gewerkt wordt aan psychiatrische problemen en (ernstige) stress van ouders in relaties of op het werk, door de ouders te verwijzen naar de huisarts voor doorverwijzing richting GGZ of het maatschappelijk werk. Als het stappenplan gevolgd wordt, dan is bij de eerste screening al duidelijk of de ouders psychiatrische problemen, relatieproblemen en/of problemen op het werk hebben;
 - erken de problemen waar ouders zelf mee worstelen, en bied steun. Dit kan de ouders helpen om meer open te staan voor (de behoeften van) hun kind. Goede begeleiding van de ouders ondersteunt zo de gehechtheidsontwikkeling van de jeugdige;
 - zoek op een niet-beschuldigende manier de samenwerking met de ouders en motiveer hen tot coaching;
 - zet psycho-educatie in waarbij zo concreet mogelijk uiteengezet wordt wat de jeugdige nodig heeft om een veilige gehechtheidsrelatie op te bouwen, en welke stappen de ouders daarin kunnen zetten;
 - indien er een videocamera beschikbaar is, maak opnames van de ouder-kindinteracties en bespreek achteraf met de ouders waar de interactie heel goed ging.
 - pas zelf in het contact met de ouders de principes toe die je hun wilt leren. Dat wil zeggen: reageer sensitief, luister goed, toon respect, spreek je vertrouwen in de ouders en het kind uit, probeer zo veel mogelijk aan te sluiten bij wat ouders en het kind nodig hebben en heb veel geduld;
 - in het contact dat je als begeleider hebt met de jeugdige pas je de sensitieve gedragsstijl toe zoals omschreven in werkkaart 1.

Aanbevelingen voor de gedragswetenschapper

1. De gedragswetenschapper stelt in overleg met de ambulante begeleider, de ouders en eventueel de pedagogisch medewerker een behandelplan op voor een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie. Daarbij wordt rekening gehouden met de volgende factoren en/of afwegingen.

Factoren met betrekking tot het kind:

- de uitkomst van de signalering en diagnostiek (zoals beschreven in het stappenplan in hoofdstuk 4) waarbij de ernst van de gehechtheidsproblemen ingeschat is;
- de leeftijd van de jeugdige. Vaak hangt leeftijd samen met de ernst van de gehechtheidsproblemen: naarmate de jeugdige ouder wordt, raken gedragsproblemen en verstoorde relaties meer verankerd en zal het meer moeite kosten om problematisch gedrag bij te stellen;
- de mate waarin de jeugdige ernstige gedragsproblemen heeft.

Afwegingen met betrekking tot de gehechtheidspersoon:

- is de ouder aan wie de jeugdige problematisch gehecht is, nog beschikbaar?
- in hoeverre staat deze ouder open voor begeleiding?

Factoren met betrekking tot de randvoorwaarden:

- de beschikbaarheid van en expertise in het uitvoeren van specifieke interventies zoals de VIPP-SD, de Ouder-babyinterventie, PCIT, Basic Trustmethode en K-VHT;
 - de beschikbaarheid van en expertise in het uitvoeren van specifieke therapieën die gericht zijn op het herstel van de relatie tussen ouder en kind. Het kind wordt waar mogelijk betrokken bij de totstandkoming van het behandelplan, op de hoogte gebracht van het behandelplan en in de gelegenheid gesteld zijn oordeel hierover te geven. Aan de mening van het kind wordt passend gewicht toegekend.
2. Het bijsturen van de problematische gehechtheidsrelatie verdient de voorkeur boven het opbouwen van een heel nieuwe relatie.
 3. Indien de gehechtheidspersoon niet beschikbaar is óf indien deze persoon niet begeleid wil worden, dan moet de jeugdige de kans krijgen om een nieuwe gehechtheidsrelatie op te bouwen met een andere volwassene, zonder dat hij uit huis geplaatst wordt. Bij voorkeur wordt de nieuwe gehechtheidsrelatie opgebouwd met een persoon met wie de jeugdige al vertrouwd is en die voor langere tijd en regelmatig beschikbaar kan zijn. Een familie-netwerkberaad (FNB) waarbij familieleden en bekenden uit het netwerk van het kind of de jongere bij elkaar gebracht worden kan een goed hulpmiddel zijn.

Voorwaarden voor het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie met een andere volwassene dan de ouder:

- er is een volwassene beschikbaar die het kind of de jongere al kent;
 - de jeugdige is verzekerd van een veilige en stabiele plek waar hij positieve interacties met de gehechtheidsfiguur kan aangaan;
 - er is in de instelling een persoon die de rol als vaste vertrouwenspersoon vervult: een mentor of een familielid, of iemand anders.
 - Wanneer een kind (tijdelijk) niet bij zijn of haar ouders verblijft, blijft het van groot belang dat het kind contact houdt met de ouders, tenzij dit niet in het belang van het kind is. Het verbreken van het contact tussen ouder en kind is een ingrijpende maatregel en mag slechts genomen worden indien de belangen van het kind dit eisen.
4. Jonge kinderen met een problematische gehechtheidsrelatie en milde gedragsproblemen worden behandeld met behulp van een van de volgende erkende interventies: de VIPP-SD, de Ouder-baby-interventie, PCIT, de Basic Trustmethode en K-VHT. Jonge kinderen (tot en met 7 jaar) die een problematische gehechtheidsrelatie en ernstige gedragsproblemen hebben, zijn gebaat bij de interventie PCIT.
 5. Kinderen en jongeren met ernstige gehechtheidsproblemen (zoals een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie) hebben een specifieke behandeling nodig van de kinderpsychiater, GZ-psycholoog, of kinder- en jeugdpsycholoog NIP, of de orthopedagoog-generalist. Eén interventie is erkend als 'effectief volgens eerste aanwijzingen': de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG).



Hoofdstuk 6

Prognose



6.1 Inleiding

Door een gehechtheidsrelatie op te bouwen met de belangrijkste ouders ontwikkelt de jeugdige een mentaal beeld van zichzelf en van de mensen om hem heen. Dat model van gehechtheid stuurt de verwachtingen die de jeugdige van relaties heeft. Veilig gehechte kinderen en jongeren hebben een positief beeld van zichzelf en treden anderen met een zeker vertrouwen tegemoet. Jeugdigen met een problematisch model van gehechtheid nemen de buitenwereld eerder als vijandig waar.

Wat zijn de gevolgen van problematische gehechtheid voor een kind of jongere? **Internaliserende problemen** komen vaker voor bij jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie, maar het verband is niet sterk. Het gaat hierbij om depressieve gedachten, piekeren, angst, zich terugtrekken en psychosomatische klachten. Het verband werd in onderzoek alleen gevonden bij een specifieke groep, namelijk bij jeugdigen met een vermijdende gehechtheid (Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon 2012).

Jeugdigen met een problematische gehechtheid hebben ook meer kans dat ze **externaliserend probleemgedrag** vertonen (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010). Denk aan agressie, druk gedrag en overbeweeglijkheid (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Met name jongens die een gedesorganiseerde gehechtheid hebben lopen het risico gedragsproblemen te ontwikkelen. Onderzoek heeft aangetoond dat kinderen en jongeren met een problematische gehechtheid dus vaker last hebben van naar binnen en naar buiten gericht probleemgedrag. Internaliserend probleemgedrag (alles wat naar binnen gericht is) komt met name voor bij jeugdigen met een vermijdende vorm van gehechtheid. Externaliserend probleemgedrag komt met name voor bij kinderen en jongeren met een gedesorganiseerde of verstoorde vorm van gehechtheid.

6.2 Conclusies

1. Problematische gehechtheidsrelaties in de kindertijd verhogen het risico op internaliserende problemen enigszins. Vooral kinderen en jongeren die een vermijdende gehechtheidsrelatie hebben met hun ouder (dat zijn de jeugdigen die nooit hulp of steun zoeken) lopen een verhoogd risico om internaliserende problemen te ontwikkelen, zoals piekeren, negatief over zichzelf denken of depressieve gevoelens hebben.
2. Een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie in de kindertijd verhoogt het risico op externaliserende gedragsproblemen, zoals agressief en druk gedrag. Dit is vooral bij jongens het geval.

6.3 Aanbevelingen

1. Een gedragswetenschapper moet een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie altijd blijven monitoren over een langere tijdsperiode heen.
2. Bij een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie moet behalve aan de gehechtheidsproblemen ook altijd aandacht besteed worden aan de gedragsproblemen. Bij voorkeur ontvangen ouder en kind aanvullende begeleiding voor de omgang met deze gedragsproblemen (zie ook de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2013)).



3. Als een kind of jongere met gedragsproblemen bij Jeugdhulp aangemeld wordt, dan moet de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie samen met de ouders in kaart gebracht worden. Zie ook het stappenplan (werkkaart 3): in stap 2 vindt een kort gesprek plaats over de voorgeschiedenis en worden beschermende en belemmerende factoren in kaart gebracht. In stap 3 wordt de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie meer uitgebreid uitgevraagd.



Literatuurlijst



- Aber, L., Slade, A., Berger, B., Bresgi, I., & Kaplan, M. (1985). *The Parent Development Interview*. Unpublished manuscript. New York: Barnard College, Columbia University.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Atkinson, L., Pagliaa, A., Coolbear, J., Niccols, J., Parker, K. C. H., & Guger, S. (2010). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review, 20*, 1019-1040.
- Baat, M. de, Bergh, P. van den, & Lange, M. de (2015). *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bagner, D. M. & Eyberg, S. M. (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*, 418-429.
- Bakermans-Kranenburg, M. J. (1993). *Het Gehechtheidsbiografisch Interview: betrouwbaarheid en discriminante validiteit*. Proefschrift. Rijksuniversiteit Leiden.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 129*, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal, 26*, 191-216.
- Bartelink, C. (2010). *Wat werkt bij hechtingsproblemen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bartelink, C., Vianen, R. T. van, Mourits, E., Berge, I. J. ten, & Meuwissen, I. (2015a). *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Beijersbergen, M. (2008). *The Adult Attachment Interview. Coherence & Validation in Adolescents*. Proefschrift Universiteit Leiden.
- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (2000). Appendix B: The Emotional Availability Scales (derde editie). *Attachment & Human Development, 2*, 256-270.

- Boom, D.C. van den & Hoeksma, J. B. (1994). The effect of infant irritability on mother-infant interaction: A growth-curve analysis. *Developmental Psychology, 30*, 581-590.
- Boris, N. W., Hinshaw-Fuselier, S. S., Smyke, A. T., Scheeringa, M. S., Heller, S. S., & Zeanah, C. H. (2004). Comparing criteria for attachment disorders: establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 5.
- Boris, N. W. & Zeanah, C. H. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1206-1219.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Volume 3. Loss, sadness and depression*. London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention, 273-308*.
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B. E., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C., Berliner, L., Egeland, B., Newman, E., Lyon, T., LeTourneau, E., & Miller-Perrin, C. (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment, 11*, 76-89.
- Coelman, F. J. G. (2007). Parent Child Interaction Therapy (PCIT): *een evidence based behandelprogramma voor jonge kinderen met gedragsproblemen*. Interne notitie ten behoeve van de Databank Effectieve jeugdinterventies. Amsterdam: De Bascule.
- Colonnesi, C., Wissink, I. B., Noom, M. J., Asscher, J. J., Hoeve, M., Stams, G. J. J. M., Polderman, N., & Kellaert-Knol, M. G. (2013). Basic Trust: An attachment-oriented intervention based on mind-mindedness in adoptive families. *Research on Social Work Practice, 23*, 179-188.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology, 22*, 87-108.
- Dekker, T. & Biemans, H. (1994). *Videohometraining in gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dekker, C. D. & Koot, H. M. (2004). Problemen met emoties en gedrag bij jeugdigen met verstandelijke beperkingen. *Kind en Adolescent, 25*, 211-223.
- Dekker - van der Sande, F. & Janssen, C. (2010). *Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag. Best practice voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking*. Den Haag: Lemma.
- Didden, R. (2006). *In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke handicap*. Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.

Diener, M. L., Nievar, M. A., & Wright, C. (2003). Attachment security among mothers and their young children living in poverty: Associations with maternal, child, and contextual characteristics. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49, 154-182.

Doesum, K. van, Riksen-Walraven, J. M., Hosman, C. M. H., & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 79, 547-561.

Dries, L. van den, Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31, 410-421.

Eyberg, S. (1999). *Manual Parent Child Interaction Therapy*. Vertaald en bewerkt in het Nederlands door PI Research (2007).

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435-456.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Karnac.

Fukkink, R. (2007). Video-feedback in breedbeeldperspectief: Een meta-analyse van de effecten van video-feedback in gezinsprogramma's. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.

Fukkink, R. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28, 904-916.

Giltaij, H. P., Sterkenburg P. S., & Schuengel, C. (2013). Psychiatric diagnostic screening of social maladaptive behaviour in children with mild intellectual disability: differentiating disordered attachment and pervasive developmental disorder behaviour. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, Aug 2. doi: 10.1111/jir.12079.

Gleason, M., Fox, N., Drury, S., Smyke, A., Egger, H., Nelson, C., Gregas, M., & Zeanah, C. (2011). Validity of Evidence-Derived Criteria for Reactive Attachment Disorder: Indiscriminately Social/Disinhibited and Emotionally Withdrawn/Inhibited Types. *Journal of the AACAP*, volume 50, number 3.

Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591-610.

Hesse, E. & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative (FR) parental behavior as related to infant D attachment in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18, 309-343.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263-274.

Juffer, F. & van IJzendoorn, M. H. (2008). Adoptie als interventie (II). Meta-analytische evidentie voor de opmerkelijke inhaalslag van adoptiekinderen en de plasticiteit van hun ontwikkeling. *Kind en Adolescent*, 29, 31-49.



Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Lawrence Erlbaum.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). *Attachment-based interventions: Heading for evidenced-based ways to support families*. Association for Child and Adolescent Mental Health, ACAMH Occasional Papers No.29, Attachment: Current Focus and Future Directions, 47-57.

Juffer, F. (2010). Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties: Inzichten uit gehechtheidsonderzoek. *Research Memoranda*, Nummer 6, jaargang 6.

Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20, 266-274.

Koot, H. M. & Dekker, M. C. (2001). *Handleiding voor de VOG. Ouder- en leerkrachtversie*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus Universiteit Rotterdam.

Lamb, M. E., Thompson, R. A., Gargner, W., & Charnov, E. L. (1985). *Infant-mother attachment: The origins and developmental significance of individual differences in strange situation behavior*. Hillsdale (NJ): Erlbaum.

Lange, M. de, Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2013). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Londen-Barentsen, W.M. van (2002). *Gehechtheid in adoptiegezinnen: Intergenerationele overdracht en gedesorganiseerde gehechtheid*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8, 89-111.

Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Red.). *Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention* (pp. 121-182). Chicago: The University of Chicago Press.

Martins, C. & Gaffan, E.A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 737-746.

Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment and Human Development*, 4, 107-124.

Oosterman, M. & Schuengel, C. (2008). Attachment in foster children associated with caregivers' sensitivity and behavior problems. *Infant Mental Health Journal*, 29, 609-623.

Oosterman, M., Schuengel, C., Slot, N. W., Bullens, R. A. R., & Doreleijers, T. A. H. (2007). Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 29, 53-76.



- Pignotti, M. & Mercer, J. (2007). Holding therapy and dyadic developmental psychotherapy are not supported and acceptable social work interventions: A systematic research synthesis revisited. *Research on Social Work Practice, 17*, 513-519.
- Polderman, N. (1998). Hechtingsstoornis, beginnen bij het begin. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 10*, 422-433.
- Polderman, N., Kellaert-Knol, M. G., & Stams, G. J. J. M. (2011). The basic trust method: an attachment-based specialized form of VIG. In: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (Eds.), *Video interaction guidance: a relationship-based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London: Jessica Kingsley
- Rexwinkel, M., Schmeets, M., & Pannevis, C. (2011). Handboek infant mental health: *Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Van Gorcum.
- Richters, M. M. & Volkmar, F. T. (1994). Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*, 328-332.
- Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 1123-1134.
- Schuengel, C., de Schipper, C., & Sterkenburg, P. S. (2003). Hechtingsstoornissen en verstoorde gehechtheid. In: S. Colijn, E. C. A. Collumbien, G. Lietaer, & R. W. Trijsburg (Red.), *Handboek integratieve psychotherapie* (VI 8.1:1-24). De Tijdstroom.
- Schuengel, C. & Sterkenburg, P. S. (2004). Gehechtheid als gemeenschappelijk terrein voor psychotherapie en orthopedagogiek. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie, 4*, 40-58.
- Schuengel, C. & Janssen, C. G. C. (2006). People with Mental Retardation and Psychopathology: Stress, Affect Regulation and Attachment: A Review. *International Review of Research in Mental Retardation, 32*, 229-260.
- Schuengel, C., Venmans, J., van IJzendoorn, M. H., & Zegers, M. (2006). *Gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren. Onderzoek, diagnostiek en methodiek*. Amsterdam: SWP.
- Schuengel, C., Slot, W., & Bullens, R. (2009). *Gehechtheid en kindbescherming*. Amsterdam: SWP.
- Schuengel, C., & Oosterman, M. (2010). Diagnostiek van verstoorde gehechtheid. In: P. van den Bergh & T. Weterings (Red.), *Pleegzorg in perspectief. Ontwikkelingen in theorie en praktijk* (pp. 243-256). Assen: Van Gorcum.
- Smyke, A. T. & Zeanah, C. H. (1999). *Disturbances of attachment interview*. Unpublished manuscript, 1999.
- Stams, G. J. J. M., Noom, M. J., Colonnese, C., Asscher, J. J., Hoeve, M., Borg, E. ter, Polderman, N., & Kellaert-Knol, M. G. (2013). The efficacy of Basic Trust. *An observational pilot study into the efficacy of the Basic Trust Method*.
- Steege, M. van der (2012). Gezinshuizen in de jeugdzorg. *De kennis verzameld en de stand van zaken*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Sterkenburg, P. S. (2008). *Intervening in stress, attachment and challenging behaviour: Effects in children with multiple disabilities*. PhD Thesis. Doorn: Bartiméus.

- Sterkenburg, P. S., Schuengel, C., & Jansen, C. G. C. (2008). Developing a therapeutic relationship with a blind client with a severe intellectual disability and persistent challenging behaviour. *Disability and Rehabilitation, 30*, 1318-1327.
- Sterkenburg, P. S., & Schuengel, C. (2008). Behandelprotocol 'Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag' (ITGG). In: C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandelingen bij kinderen en adolescenten*. Meppel: Boom.
- Stor, P., & Storsbergen, H. (2006). Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. *Het herkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Uitgeverij Lemma BV.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner.
- Vinke, J. G. (2012) Adoptie-alerte hulpverlening: praktijk en casuïstiek. *Tijdschrift voor GZ-psychologie, 1, januari*, 10-12.
- Verheugt-Pleiter, A. J. E., Schmeets, M. H. J., & Zevalkink, D. J. (2010). *Mentaliseren in de kindtherapie Leidraad voor de praktijk* (2e gewijzigde druk). Assen: Van Gorcum.
- Volkmar, F. (1997). *Reactive attachment disorder*. DSM-IV Sourcebook, 5.
- Wijnroks, L., Janssen, C., Epskamp, S., Kloosterman, D., Mispelblom Beyer, I., Post, T., Stor, P., & Storsbergen, H. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Lemma.
- Wolff, M. S. de, & Ijzendoorn, M. H. van (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*, 571-591.
- Ijzendoorn, M. H. van, & Kroonenberg, P. M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment. A meta-analysis of the Strange Situation. *Child Development, 59*, 147-156.
- Ijzendoorn, M. H. van, Goldberg, S, Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development, 63*, 840-858.
- Ijzendoorn, M. H. van (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117*, 387.
- Ijzendoorn, M. H. van, Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225-249.
- Ijzendoorn, M. H. van (2008). *Opvoeding over de grens. Gehechtheid, trauma en veerkracht*. Amsterdam: Boom Academic.
- Ijzendoorn, M. H. van, & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe.
- Yperen, T. van & van Bommel, M. (2009). *Erkenning Interventies: criteria 2009-2010, Erkenningscommissie (Jeugd) interventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/RIVM.

Zeanah, C. H., & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 539-554.

Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Lieberman, A. F. (2000). Attachment disorders of infancy. In *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 293-307). Springer US.

Zeanah, C. H., Scheering, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28, 877-888.

Zeanah, C. H., & Gleason, M. (2010). *Reactive Attachment Disorder: A review for DSM-V*. American Psychiatric Association.

Zeanah, C. H., Berlin, L. J., & Boris, N. W. (2011). Overzicht voor behandelaars: klinische toepassingen van de theorie en het onderzoek over gehechtheid voor baby's en jonge kinderen. In: *Kind en Adolescent Review*, 19, nr. 1, 1-2.

Zeijl, J. van, Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M., Alink, A., & Koot, H. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers 1- to 3-year old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 994-1005.

Zegers, M. A. M., Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H., & Janssens, J. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 325-334.

Bijlage 1

Samenstelling Werkgroep, Projectteam en Klankbordgroep



Bijlage 1. Samenstelling Werkgroep, Projectteam en Klankbordgroep

Samenstelling Werkgroep

Hedwig van Bakel	Voorzitter, Bijzonder hoogleraar Infant Mental Health, universiteit van Tilburg, afdeling Ontwikkelingspsychologie. GZ-psycholoog
Paula Sterkenburg	UHD bij afdeling Orthopedagogiek van de VU (namens het NIP)
Francien Dekker- van der Sande	Klinisch psycholoog bij Bartimeus en Universitair Docent bij de VU (namens NVO)
Femmie Juffer	Hoogleraar van de afdeling Algemene Gezinspedagogiek Pedagogiek Leiden
Anniek Thoomes-Vreugdenhil	Vrijgevestigd Klinisch Psycholoog/Psychotherapeut, behandelt kinderen en jeugdigen met hechtingsstoornissen (namens NVO)
Henny Steenkamer	Geregistreerd maatschappelijk werker, jongerencoach en gezinscoach bij de Stichting Humanitas (namens BPSW)
Anneke Vinke	Kinder- en Jeugdpsycholoog, GZ psycholoog, Adoptiepraktijk Vinke voorzitter Adoptie Driehoek Onderzoekscentrum (ADOC) (namens het NIP)
Kitty Rosenbrand	Senior adviseur Richtlijnen van het CBO
Marianne de Wolff	Projectleider, wetenschappelijk medewerker TNO Child Health

Samenstelling Projectteam

Kitty Rosenbrand	Senior adviseur Richtlijnen van het CBO
Marianne de Wolff	Projectleider, wetenschappelijk medewerker TNO Child Health
Mariska Klein Velderman	Projectmedewerker TNO Child Health
Mascha Kamphuis	Projectadviseur TNO Child Health

Samenstelling Klankbordgroep

Annemarie van Berkel	Trajectum
Coen van der Lek	Trivium/Lindenhof, lid landelijke werkgroep hechting
Lyda Groot	Landelijke vereniging van Gezinsproblemen bij Adoptie (LOGA)
Bep van Sloten	Better Care Network Nederland
Marjan Schippers	NIDOS
Jacqueline de Vries	Actiz, namens de Richtlijn Adviescommissie richtlijnen Jeugdgezondheidszorg

Bijlage 2

Balansmodel voor factoren die een rol spelen in de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie

Bijlage 2. Balansmodel voor factoren die een rol spelen in de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie

Ouder/verzorger

Beschermend	Belemmerend
- veilig model van gehechtheid	- onveilig model van gehechtheid
- psychisch gezond	- psychiatrische problemen
- kan zich verplaatsen in de jeugdige	- kan zich moeilijk verplaatsen in jeugdige
- doorgaans sensitieve gedragsstijl	- doorgaans insensitieve gedragsstijl
- kan samenwerken/gebruik maken van begeleiding	- defensief, kan moeilijk samenwerken of begeleiding benutten
- geen verslaving of middelengebruik	- verslaving of middelengebruik
- geen verslaving of middelengebruik	- geen verslaving of middelengebruik

Kind

Beschermend	Belemmerend
- voldragen	- te vroeg/ te klein geboren
- geen medische problemen	- aanwezigheid van medische problemen
- makkelijk, regelmatig temperament	- moeilijk temperament
- geen ontwikkelingsstoornis	- ontwikkelingsstoornis zoals autisme
- normale intelligentie	- verstandelijke beperking
- geen zintuiglijke beperkingen	- zintuiglijke beperking

Gezinsomstandigheden

Beschermend	Belemmerend
- stabiel gezin met twee ouders	- éénoudergezin, tienermoeder
- zorg voor de kinderen is adequaat	- mishandeling en/of verwaarlozing
- geen geweld in het gezin	- geweld in het gezin
- aanwezigheid van sociale steun	- sociale steun is beperkt
- sociaaleconomische situatie is redelijk	- sociaaleconomische risico's: armoede, slechte huisvesting, werkloosheid;
- vanaf de geboorte groeit kind op in hetzelfde gezin	- adoptie, pleegzorg

Contact tussen kind en verzorger

Beschermend	Belemmerend
- een klein aantal vaste verzorgers	veel wisselende verzorgers
- regelmatig, dagelijks contact tussen jeugdig	kind ziet de vaste verzorger soms voor langere periode niet



Bijlage 3

Gesprek met ouders/ verzorgers over de gehechtheidsontwikkeling



Bijlage 3. Gesprek met ouders/verzorgers over de gehechtheidsontwikkeling

Doel van dit gesprek is om samen met de ouders of verzorgers bij wie de jeugdige is opgegroeid de gehechtheidsontwikkeling van de jeugdige in kaart te brengen. In de regel zal dit gesprek een **vervolg** zijn op een eerder gesprek met ouders. Mogelijk zijn bepaalde zaken al uitgebreid aan de orde geweest.

De volgende vragen of onderwerpen kunnen aan de orde gesteld worden; de lijst is louter bedoeld als handvat (overgenomen van Dekker – van der Sande en Janssen, 2010)

1. Hoe verliep de baby- en peutertijd?
2. Wie zijn de gehechtheidsfiguren, toen de jeugdige nog klein was en wie zijn het nu? Meestal zijn dit de (pleeg/adoptie) ouders, maar het kunnen ook andere volwassenen zijn, zoals de grootouders of een vaste oppas.
3. Wat is het verloop van de ontwikkeling van de gehechtheidsrelaties?
4. Zijn er wisselingen geweest van ouders/verzorgers in de eerste levensjaren?
5. Hoe verliep de verdere sociaal-emotionele ontwikkeling als kleuter en schoolkind tot kalenderleeftijd?
Kan de jeugdige met andere kinderen samen spelen?
Heeft de jeugdige vrienden? Is de jeugdige teruggetrokken of juist erg bezig?
Is hij sociaal vaardig? Erg aanhankelijk aan volwassenen? Toont de jeugdige veel agressie naar anderen?
6. Hoe verloopt de ontwikkeling van sociale relaties bij deze jeugdige?
Het gaat hierbij om:
 - de vroege relatie tussen jeugdige en ouders;
 - de huidige relatie tussen jeugdige en ouders;
 - de relatie met andere belangrijke volwassenen, zoals familieleden, begeleiders of leerkrachten;
 - de relatie met leeftijdsgenoten.
7. Zijn er ingrijpende gebeurtenissen geweest in het leven van de jeugdige?
8. Zijn er aanwijzingen voor verwaarlozing, mishandeling, of het negeren van basale fysieke en emotionele behoeften van de jeugdige?
9. Hoe gaat het met de eventuele andere kinderen in het gezin?
10. Is jeugdbescherming betrokken in het gezin of zijn er juridische maatregelen aan de orde? Is er sprake van een uithuisplaatsing op jonge leeftijd?



11. Hoe kijken de ouders aan tegen de band met de jeugdige? hoe praat de ouder over de jeugdige; wat zijn de verwachtingen; wat is de opvoedingsstijl van de ouders?

12. Wat is de persoonlijke familiegeschiedenis van de ouders?

Belangrijke tips (Dekker – van der Sande & Janssen, 2010)

- Leg uit wat het doel van het gesprek is: namelijk dat het belangrijk is terug te kijken hoe de ontwikkeling van gehechtheid bij deze jeugdige gelopen is.
- Toon respect, geduld, interesse, en openheid naar de ouders toe.
- Laat ouders een foto-album of videobeelden van de babytijd meenemen als hulp om concrete voorbeelden te geven over de periode waarin de gehechtheidsrelatie werd opgebouwd, en het verdere verloop;
- Maak een tijdlijn met de ouders waarin de voorgeschiedenis van de jeugdige wordt weergegeven;
- Let op de emotionele toon van de ouders als hij/zij de relatie met de jeugdige beschrijft: afstandelijk, of juist betrokken en invoelend, verwijtend, of heel emotioneel?
- Bij pleeg- of adoptiekinderen kan een deel van hun voorgeschiedenis onbekend zijn of de informatie over hun voorgeschiedenis is erg summier. In dat geval kan de professional ervan uitgaan dat de voorgeschiedenis voor de jeugdige ingrijpend geweest moet zijn. De gedragswetenschapper heeft dan als vertrekpunt het moment dat de jeugdige bij de pleeg-/adoptieouders is gaan wonen tot aan de actuele situatie.
- Bespreek bij een vermoeden van een problematische gehechtheidsrelatie met de (pleeg/adoptie) ouders of ze zich schuldig voelen en/of een gevoel van falen hebben. Indien er inderdaad schuldgevoelens aanwezig zijn:
 - Ga met ouders het gesprek aan over wat een gehechtheidsrelatie is.
 - Onschuldig de ouders door hen te ontvangen in het gevoel dat ze hebben over de gehechtheidsrelatie
 - Neem een neutrale houding aan: probeer vooral goed naar de ouders te luisteren en niet te oordelen
 - Geef erkenning voor de omstandigheden waarin ouders en jeugdige een band hebben opgebouwd.



Bijlage 4

Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah, 2005).

Bijlage 4. Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah, 2005)

Instructie

Geef bij elk item in onderstaande lijst op een 5-puntsschaal aan in hoeverre de jeugdige normaal of verstoord gedrag vertoont:

1. bijna altijd normaal;
2. meestal normaal;
3. soms normaal en soms verstoord;
4. meestal verstoord;
5. bijna altijd verstoord.

1. Affectie

Normaal: Toont affectie tijdens verschillende interacties in verschillende situaties.

Verstoord: Gebrek aan affectieve uitwisseling in verschillende sociale situaties of niet passende, veelal promiscue affecties tegenover relatief onbekende volwassenen.

2. Zoeken van troost

Normaal: Zoekt troost bij een specifieke volwassen verzorger, die daartoe speciaal wordt uitgekozen.

Verstoord: Zoekt geen troost bij pijn, angst of ziekte of zoekt troost op een vreemde of ambivalente manier bij een specifieke volwassen verzorger (bijvoorbeeld: toenemende stress wanneer de jeugdige geen troost zoekt).

3. Vertrouwen in de ander; zoekt hulp

Normaal: Is bereid/heeft de mogelijkheid om hulp te zoeken bij specifieke verzorgers als een probleem te moeilijk is om alleen op te lossen.

Verstoord: Buitensporige afhankelijkheid van de verzorger of, als het nodig is, niet zoeken naar of gebruiken van de ondersteunende aanwezigheid van een gehechtheidsfiguur.

4. Samenwerking

Normaal: Stelt zich over het algemeen coöperatief op naar de ouder/verzorger.

Verstoord: Voortdurend niet ingaan of niet nakomen van verzoeken en eisen van de verzorger is een overheersend kenmerk van de interactie; of angstige buitengewone meegaandheid ten opzichte van instructies van de verzorger ('dwangmatige gehoorzaamheid').

5. Explorerend gedrag

Normaal: Gebruikt de gehechtheidsfiguur als veilige basis van waaruit een nieuwe omgeving wordt geëxploreerd.

Verstoord: Controleert niet of de verzorger aanwezig blijft in een onbekende situatie tijdens de exploratie, of heeft zeer grote tegenzin om de verzorger te verlaten om te gaan exploreren.



6. Controlerend gedrag

Normaal: Weinig signalen van controlerend gedrag ten opzichte van de verzorger.

Verstoord: Overbezorgd en/of niet bij de leeftijd passend verzorgend gedrag van de jeugdige ten opzichte van de verzorger, buitengewoon bazig of bestraffend controleren van de verzorger.

7. Reactie bij hereniging/terugkeer

Normaal: Zoekt troost bij de hechtingsfiguur bij angst; wanneer er geen stress is maakt de jeugdige op een positieve manier opnieuw contact door middel van non-verbale of verbale communicatie van positieve affecties, of beschrijft wat er gebeurde tijdens de scheiding.

Verstoord: Lukt niet om na scheiding contact te maken met verzorger. Daarbij vertoont de jeugdige actieve negerende of vermijdende gedragingen, intense boosheid of duidelijk gebrek aan affectie, of de stress die teweeggebracht werd door de scheiding verdwijnt niet, of elke aanwijzing van gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag.

8. Reactie tegenover vreemden

Normaal: In eerste instantie terughoudendheid in sociaal contact met vreemden, dit is duidelijker in een onbekende omgeving.

Verstoord: Onmiddellijk aangaan van het contact zonder terughoudendheid in het begin, veel lichamelijk contact zonder op de verzorger te letten, wil om de verzorger zonder protest te verlaten en met een vreemde mee te gaan.

Toelichting bij de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag

Deze lijst is een vertaling van de Behavioral Signs of Disturbed Attachment in Young Children (Boris & Zeanah, 2005). De lijst geeft geen diagnose, enkel aanwijzingen of de jeugdige verstoord gehechtheidgedrag laat zien. De diagnose moet op basis van breder, multidisciplinair onderzoek gesteld worden.

De lijst is bedoeld voor jonge kinderen, maar kan ook bij oudere kinderen/jeugdigen afgenomen worden. Het gaat immers om gedrag in sociale relaties, dat is niet leeftijdsspecifiek. Wel uiten oudere kinderen zich anders. Affectie tonen bijvoorbeeld zal bij een peuter veel lijfelijker gaan dan bij een dertienjarige, die affectie eerder via de taal of mimiek zal uiten.

Hoe af te nemen?

In een kort gesprek met de ouders en de gedragswetenschapper wordt voor elk gedrag uit de lijst (8 in totaal) nagegaan of de jeugdige gedrag laat zien ten opzichte van de ouder. De lijst kan ook worden besproken met vaste begeleiders die de jeugdige minimaal één jaar kennen. Voor elk gedrag wordt een score tussen 1 en 5 toegekend. Bij twijfel moet men streven naar onderlinge overeenstemming tussen ouders en gedragswetenschapper en de argumenten vastleggen. De gedragswetenschapper vraagt zoveel mogelijk naar concrete voorbeelden van het gedrag van het kind.



Na afloop van het gesprek wordt een kort verslagje gemaakt met de argumenten voor de scores en concrete voorbeelden. De scores van de 8 gedragingen worden opgeteld, om een indruk te krijgen van de ernst van een eventuele problematische gehechtheidsrelatie.

Voorlopige normering: bij een totaalscore van 16 of hoger is meer aandacht vereist!

- Som score van 8-16: waarschijnlijk geen problematische gehechtheidsrelatie;
- Som score van 16-24: mogelijk problematische gehechtheidsrelatie
- Som score > 24: problematische gehechtheidsrelatie is waarschijnlijk.

Training

Er is geen specifieke training nodig, wel kennis van de gehechtheidstheorie en bekendheid met veilig en onveilig gehechtheidsgedrag. Aanbevolen wordt wel een training te volgen in het stappenplan, waaronder de verschillende onderzoeksinstrumenten, zoals deze lijst.

Aandachtspunten bij de lijst:

- Gehechtheidsgedrag is altijd selectief: kinderen bouwen gehechtheidsrelaties op met specifieke verzorgers en ontwikkelen zo een exclusieve band. Verstoorde is als de selectieve voorkeur voor de ouder of verzorger ontbreekt en het kind de neiging heeft zonder reserve contact te zoeken met vreemden of bereid is met onbekenden mee te gaan zonder bevestiging van de ouder.
- Gehechtheidsgedrag is als een kind de ouder of verzorger gebruikt als veilige basis om de omgeving te exploreren. Normaal is dat het jonge kind niet wegloopt in een vreemde omgeving, maar steeds de opvoeder in de gaten houdt en zijn ervaringen meedeelt aan de opvoeder. Verstoorde is als het kind absoluut niet bereid is om van de zijde van de ouder te wijken en niet tot spelen komt.
- Gehechtheidsgedrag is als het kind de ouder gebruikt als een veilige haven in tijden van stress, angst en verdriet om zich te laten troosten, geruststellen of kalmeren.

