Richtlijn / onderbouwing

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.

Vermelde beroepsverenigingen en de ontwikkelaar van de *Richtlijn Problematische gehechtheid* zijn zich er steeds van bewust dat het hun taak is te komen met een verantwoorde en overtuigende onderbouwing. Niettemin kunnen de beroepsverenigingen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele onjuistheden of onnauwkeurigheden die onverhoopt in deze onderbouwing blijken voor te komen.

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*.

3e herziene druk 2015

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. Om een gezonde gehechtheidsrelatie op te bouwen is het nodig dat de volwassene sensitief en voorspelbaar met de jeugdige omgaat.

2. Jeugdigen zijn altijd 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 (Zie voor een uitgebreide beschrijving werkkaart 2).

3. Een problematische gehechtheidsrelatie kan op iedere leeftijd bijgestuurd worden doordat de jeugdige alsnog positieve ervaringen opdoet met de gehechtheidspersoon: de (adoptie/pleeg-) ouder of verzorger.

4. Een problematische gehechtheidsrelatie wordt bijgestuurd door de ouder(s) te begeleiden bij het sensitief en voorspelbaar reageren op hun kind. Zie de voorbeelden van werkkaart 2 *Hoe bouw je een veilige gehechtheidsrelatie op met een jeugdige?*

5. Een gezonde gehechtheidsrelatie is gebaat bij continuïteit en stabiliteit in de aanwezigheid van vaste verzorgers. Het aantal groepsleiders of begeleiders in de jeugdhulp die de jeugdige regelmatige ziet moet daarom zo klein mogelijk zijn.

Voor (ambulant) begeleiders

1. Wees alert op gehechtheid door erop te letten of 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. Zorg dat gewerkt wordt aan de (psychiatrische) problemen van de ouders.

4. 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.

Voor gedragswetenschappers

1. Screen altijd op problematische gehechtheid in de volgende situaties:
   - wanneer de jeugdige opgroeit in een gezin waarin
     ... 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 bijvoorbeeld 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. 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), ontwikkeld door Sterkenburg, Schuengel, & Janssen (2008).

6. Een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie moet altijd over een langere tijdsperiode heen gevolgd worden.

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

Hoofdstuk 1. Definitie 17
- 1.1 Inleiding 18
- 1.2 Definiëring problematische gehechtheid 18
- 1.3 De Gehechtheidstheorie 20
- 1.4 Wat is gehechtheid? 20
- 1.5 Ontwikkeling van gehechtheid 23
- 1.6 Sensitiviteit als belangrijkste determinant van gehechtheid 24
- 1.7 Kwaliteit van de gehechtheidsrelatie 25
- 1.8 Het Interne Werkmodel 28
- 1.9 Gehechtheid bij volwassenen 28
- 1.10 Reactieve hechtingsstoornis volgens de DSM-IV en DSM-5 30
- 1.11 Gehechtheid in de praktijk 35
- 1.12 Wat kunnen jeugdprofessionals doen? 36
- 1.13 Samenvatting 37
- 1.14 Conclusies 39
- 1.15 Aanbevelingen 40

Hoofdstuk 2. Prevalentie 41
- 2.1 Inleiding 42
- 2.2 Hoeveel kinderen hebben een veilige of onveilige gehechtsrelatie? 42
- 2.3 Conclusies 44

Hoofdstuk 3. Oorzaken en kenmerken 45
- 3.1 Welke factoren beïnvloeden een problematische gehechtheidsrelatie? 46
- 3.2 Kan een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie worden hersteld? 51
- 3.3 Conclusies en aanbevelingen 52

Hoofdstuk 4. Signalering en diagnostiek 53
- 4.1 Inleiding 54
- 4.2 Internationale richtlijnen 54
- 4.3 Wetenschappelijke instrumenten om gehechtheid te meten 56
- 4.4 Instrumenten die kunnen worden ingezet in de klinische praktijk 60
- 4.5 Stappenplan voor screening en diagnostiek 73
- 4.6 Aanbevelingen 75

Hoofdstuk 5. Preventie en interventie **77**
5.1 Inleiding 78
5.2 Preventieve interventies die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij jonge kinderen (tot en met ongeveer zeven jaar) bevorderen 78
5.3 Interventies die zich richten op de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen 84
5.4 (Nog-) niet erkende interventies en behandelingen 85
5.5 Behandeling van problematische gehechtheid in de praktijk 86
5.6 Conclusies 87
5.7 Aanbevelingen 88

Hoofdstuk 6. Prognose **91**
6.1 Inleiding 92
6.2 Samenhang tussen problematische gehechtheid en internaliserende problemen 93
6.3 Samenhang tussen problematische gehechtheid en externaliserende problemen 95
6.4 Onveilige gehechtheid en psychopathologie bij volwassenen 95
6.5 Gehechtheid en stress- en emotie regulatie 96
6.6 Conclusies 97
6.7 Aanbevelingen 97

Literatuur **99**

Bijlagen **113**
Bijlage 1 Samenstelling Werkgroep, Projectteam en Klankbordgroep 113
Bijlage 2 Balansmodel voor factoren die een rol spelen in de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie 115
Bijlage 3 Gesprek met ouders/verzorgers over de gehechtheidsontwikkeling 117
Bijlage 4 Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah, 2005). 121

Inleiding

De *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Wolff, Van Bakel, Juffer, Dekker-van der Sande, Sterkenburg, & Thoomes-Vreugdenhil, 2014) biedt handvatten voor de signalering, diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheidsrelaties van jeugdigen[1] 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 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 een continue en sensitieve zorg van de ouder. Veelal zal het nodig zijn dat zowel de biologische als niet-biologische ouder begeleid wordt 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. Wel wordt in deze richtlijn een pleidooi gevoerd voor het gezin, ook het adoptie- of pleeggezin, boven de residentie. Geheel in lijn met de gehechtheidstheorie is "een slecht functionerend gezin misschien altijd nog beter dan een goed geoutilleerd tehuis waar uitstekende verzorging gepaard gaat met een onpersoonlijk en instabiel behandelingsregime." (van IJzendoorn, 2008, p. 215).

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

[1] Onder 'jeugdigen' worden zowel 'kinderen' (tot twaalf jaar) als 'jongeren' (van dertien tot achttien jaar) verstaan.

worden. Voor de diagnose en behandeling van een problematische gehechtheidsrelatie zal het in de regel nodig zijn dat de jeugdige verwezen wordt naar andere professionals buiten de jeugdhulp. In deze richtlijn vindt de lezer een eerste overzicht van de beschikbare interventies.

Doel van de richtlijn

De richtlijn helpt professionals[2] in de jeugdhulp 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. 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 en jeugdbescherming. 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* (Bartelink et al., 2015) Deze richtlijn wordt op dit moment nog ontwikkeld.

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.

Onderwerpkeuze en samenstelling uitgangsvragen

Onderwerpen voor richtlijnontwikkeling werden meestal aangedragen door professionals in jeugdhulp en jeugdbescherming. Ze betroffen problemen die jeugdprofessionals in hun werk tegenkomen. Prioritering vond plaats op basis van urgentie en omvang van het betreffende probleem. Ook werd bekeken of het onderwerp wel geschikt was om een richtlijn voor uit te brengen. Vervolgens werden twee gestructureerde brainstormsessies georganiseerd met jeugdprofessionals, wetenschappers en cliënten in jeugdhulp en jeugdbescherming. Tijdens deze sessies werden onderwerp en de daarin optredende knelpunten zorgvuldig afgebakend en geanalyseerd. Uiteindelijk leidde dit tot een zogenaamde 'informatiekaart' met daarop de belangrijkste knelpunten en uitgangsvragen die in de richtlijn beantwoord moeten worden.

[2] Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel 'gedragswetenschappers' (psychologen, pedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) bedoeld als hbo-opgeleide 'jeugdzorgwerkers'. Zij staan over het algemeen geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Met sommige aanbevelingen kunnen beide groepen hun voordeel doen, andere zijn vooral van toepassing op jeugdzorgwerkers of juist op gedragswetenschappers. Waar dit onderscheid van belang is, wordt specifiek over gedragswetenschappers dan wel over jeugdzorgwerkers gesproken.

[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.

Werkwijze

De *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Wolff, M. S., et al., 2014) 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 geeft[3]:

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:* Hoe veel 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 zevenmaal bijeen geweest om conceptteksten, conclusies en aanbevelingen te bespreken. Verder is eenmalig een klankbordgroep met zes 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 uitgeprobeerd.

Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal

Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, werd bij deze richtlijn de EBRO-systematiek gevolgd. In latere richtlijnen is deze methodiek vervangen door de systematiek van de Erkenningscommissie (Jeugd)interventies[4], met name omdat deze beter toegesneden is op de onderzoekspraktijk die in de 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'.

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

De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn weer in drie 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]

Totstandkoming aanbevelingen

De aanbevelingen volgen uit de conclusies en de overige overwegingen. De conclusies zijn weer gebaseerd op de beschikbare 'evidence'. Dit is een ruim begrip. 'Evidence' behelst namelijk niet alleen wetenschappelijk bewijs, maar ook de consensus over het onderwerp in de praktijk en de voorkeur van cliënten. Naast de laatste twee zijn ook andere zogenaamde 'overige overwegingen' van belang. Hieronder vallen zaken als gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's. Aanbevelingen komen dus niet uit de lucht vallen. Ze zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, de praktijkkennis van hulpverleners, de voorkeuren van cliënten en overige overwegingen.

Commentaarfase

Een eerste versie van de richtlijn is voor commentaar voorgelegd aan de volgende partijen.

- De Richtlijnadviescommissie jeugdhulp en jeugdbescherming (RAC-J) heeft de richtlijn bekeken vanuit het perspectief van het projectplan en de opdrachtverstrekking, en heeft globaal de inhoud en de geschiktheid voor de proefinvoering beoordeeld.
- De beroepsverenigingen NIP, NVO en BPSW hebben zich gebogen over de tekst van de richtlijn en de daarbij behorende onderbouwing.
- Defence for Children Nederland heeft advies uitgebracht over de mate waarin de richtlijn overeenstemt met het VN-verdrag inzake de Rechten van het Kind.
- Pharos, kennis- en adviescentrum voor de gezondheid van migranten en laagopgeleiden, heeft geadviseerd over de cultuursensitiviteit van de richtlijn.
- Het expertisecentrum van de William Schrikker Groep is nagegaan of de richtlijn en aanbevelingen ook van toepassing zijn op kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking.

Alle feedback is daarna door de ontwikkelaars gewogen. Dit heeft in veel gevallen tot aanpassing van de richtlijn geleid. Waar dit niet is gebeurd, is dit door de ontwikkelaars in een separaat document gemotiveerd.

Proefimplementatie

Aan de invoering van de richtlijn is een proefimplementatie voorafgegaan. Voor elke proefinvoering is een invoerteam geformeerd. Dit team stelde jeugdprofessionals in staat de richtlijn op proef uit te proberen in een context die voor de richtlijn relevant was. Uiteindelijk hebben zes teams, verdeeld over drie organisaties binnen de jeugdhulp, gedurende drie tor vier maanden de richtlijn uitgeprobeerd. Bij organisatie 1 is de richtlijn toegepast door een aantal jeugdzorgwerkers werkzaam in een residentiële voorziening voor jeugdigen van 12 tot 16 jaar en door 3 gezinshuisouders en gezinsbegeleiders. Bij organisatie 2 is de richtlijn toegepast door een afdeling pleegzorg (2 teams) voor jeugdigen van 0 tot 18 jaar, een team werkzaam in een residentiële voorziening voor jeugdigen van 12 tot 18 jaar en een multidisciplinair team werkzaam in een voorziening voor dagbehandeling van jeugdigen van 0 tot 4 jaar. En bij de derde organisatie is de richtlijn toegepast door een team van ambulant werkers voor gezinnen met kinderen van 0 tot 18 jaar en een team werkzaam in dagbehandeling voor kinderen van 0 tot 4 jaar.

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

Door een tijdlang op proef met een richtlijn te werken, is bekeken of een richtlijn voldeed. Waren de aanbevelingen die erin worden gedaan bijvoorbeeld concreet genoeg? Konden de professionals in de dagelijkse praktijk met de richtlijn uit de voeten? En hoe kon de invoering van de richtlijn worden vergemakkelijkt? Op dergelijke vragen moest de proefinvoering antwoord geven.

Een proefinvoering werd daarom steeds nauwkeurig voorbereid. Eerst werd, in samenspraak met de ontwikkelaar, vastgesteld wat de kernelementen van de richtlijn zijn zodat duidelijk was op welke punten geëvalueerd moest worden. Vervolgens kregen de organisaties die op proef met de richtlijn gingen werken een voorbereidings- en instructiebijeenkomst. Daarna ging de proefperiode van drie maanden in. Gedurende deze periode hielden de jeugdprofessionals aan de hand van een registratieformulier bij welke onderdelen van de richtlijn ze konden toepassen, en welke problemen ze daarbij eventueel tegenkwamen. Zo werden ervaringen in het werken met de richtlijn nauwkeurig in kaart gebracht.

Alle teams die de richtlijn hebben uitgeprobeerd werden na afloop van de proefperiode geïnterviewd in een focusgroep. Ook is een aantal cliënten en iemand van het management gevraagd naar hun bevindingen. De uitkomsten van de evaluatie zijn teruggegeven aan de richtlijnontwikkelaars. Zij konden – indien nodig – de richtlijn verder aanscherpen. Vervolgens maakte het invoerteam een verspreidings- en invoerplan. Als de stuurgroep (die de richtlijn formeel autoriseert) dit plan goedkeurde, kon de richtlijn worden verspreid en ingevoerd.

Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn

Cliënten zijn gedurende het hele proces bij de ontwikkeling van de richtlijn 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 zit 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 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 vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is.

[6] Het LCFJ is april 2012 gefuseerd met LOC zeggenschap in zorg.

Gedurende de looptijd van het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming (tot en met 2015) ziet de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming toe op de bijstelling van de richtlijnen. Na afloop van de programmaperiode zal het beheer van de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming worden overgedragen aan een daartoe op te zetten of aan te wijzen organisatie.

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. Hij[7] 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 de tuchtrechter.

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

Gedeelde besluitvorming

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking en hen gedurende het hele proces bij de besluitvorming betrekt. Actieve deelname van ouders en jeugdige bevordert namelijk het effect van de hulpverlening. 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 zorgproces 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 zorgproces 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 betrekt;
- ouders 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 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. Dit houdt in dat zij:

- zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden om het zorgproces 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 professional;
- 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 zorgproces gecompliceerd, maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij zorg 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 dossier.

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* is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. Het onderhavige document bevat de onderbouwing van de richtlijn waarin gedetailleerd en gedocumenteerd wordt onderbouwd hoe de aanbevelingen tot stand zijn gekomen. Het is vanwege zijn omvang minder bruikbaar voor de dagelijkse praktijk. De *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is in een apart document weergegeven zonder uitgebreide onderbouwing. Daarnaast is de richtlijn samengevat in werkkaarten. De richtlijn en werkkaarten ondersteunen jeugdprofessionals om de richtlijn toe te passen in de dagelijkse praktijk van de jeugdhulp en jeugdbescherming. Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een cliëntversie van de richtlijn gemaakt. Deze is apart verkrijgbaar. Alle documenten zijn openbaar. Zie *www.richtlijnenjeugdhulp.nl*.

Zoals vermeld worden onder 'jeugdprofessionals' zowel 'gedragswetenschappers' (psychologen, pedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) verstaan als hbo-opgeleide 'jeugdzorgwerkers'. Met sommige aanbevelingen kunnen beide groepen hun voordeel doen, andere zijn vooral van toepassing op jeugdzorgwerkers of juist op gedragswetenschappers. Waar dit onderscheid van belang is, wordt specifiek over gedragswetenschappers dan wel over jeugdzorgwerkers gesproken.

Dit document, de onderbouwing, 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 ('Prognose') ten slotte worden de gevolgen van een problematische gehechtheidsrelatie in kaart gebracht.

In dit achtergronddocument wordt omwille van de leesbaarheid consequent de mannelijke vorm gehanteerd. Maar waar 'hij' staat kan ook 'zij' gelezen worden. Hetzelfde geldt voor 'ouders':

hiermee worden ook ‘verzorgers’, ‘de ouder’ of ‘de verzorger’ bedoeld. Onder ‘jeugdigen’ worden zowel ‘kinderen’ (tot twaalf jaar) als ‘jongeren’ (van dertien tot achttien jaar) verstaan.

Hoofdstuk 1

Definitie

1.1 Inleiding

Een gehechtheidsrelatie is een duurzame emotionele band die een jeugdige opbouwt met zijn ouder[8] op basis van opgedane ervaringen met die persoon (Bowlby, 1982). 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 sociaalemotionele 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.

Na een toelichting op de term "problematische gehechtheid' in paragraaf 1.2, bespreken we in kort bestek de gehechtheidstheorie (1.3), de cirkel van veiligheid (1.4), en de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie (1.5) en de rol die de ouderlijke sensitiviteit daarin speelt (1.6). Vervolgens worden in paragraaf 1.7 de verschillende typen gehechtheidsrelaties toegelicht, het intern werkmodel (1.8) en gehechtheid bij volwassenen (1.9). In paragraaf 1.10 komt de vraag terug wat nu precies een reactieve hechtingsstoornis is; en hoe die stoornis zich verhoudt tot de gehechtheidstypen. In beide laatste paragraven maken we een switch naar de praktijk: hoe zie je als jeugdhulp professional of een kind een problematische gehechtheidsrelatie heeft (1.11) en wat kun je doen (1.12). In paragraaf 1.13 vatten we de belangrijkste boodschap samen.

1.2 Definiëring problematische gehechtheid

Zowel in de wetenschappelijke literatuur als in het werkveld, bestaat terminologische verwarring over wat nu precies een 'hechtingsstoornis', onveilige gehechtheid, en wat 'verstoorde gehechtheid' is (Dekker - van der Sande & Janssen, 2010; Juffer, 2010; Schuengel & Oosterman, 2010; van IJzendoorn, 2010). Een hechtingsstoornis zoals omschreven in de DSM-5 is een psychische aandoening waarbij een kind er niet of onvoldoende in slaagt zich te hechten aan ouders of verzorgers. De stoornis komt alleen in extreme situaties van verwaarlozing, mishandeling of frequente wisseling van verzorgers voor, en kan niet verklaard worden door een ontwikkelingsachterstand van het kind.

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

Veel vaker is sprake van een onveilige gehechtheidsrelatie. Dat is geen stoornis, maar een minder optimale strategie waarmee een kind de natuurlijke behoefte aan steun en exploratie reguleert. In een minder optimale opvoedingsomgeving kan een onveilige strategie heel adaptief zijn: een kind dat nooit steun krijgt van volwassenen bij stress, 'leert' dat hij beter zelf eventuele spanningen moet oplossen in plaats van een beroep te doen op anderen. Kinderen die onveilig gehecht zijn aan hun opvoeders ontwikkelen een werkmodel van relaties waarin vertrouwen ontbreekt. Om die reden verkeert een kind met een onveilig werkmodel in een minder gunstige uitgangssituatie: ze staan mogelijk minder stevig in hun schoenen, hebben minder zelfvertrouwen, en zijn minder sociaal vaardig. Een onveilige gehechtheidsrelatie moet gezien worden als een risicofator 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 hun ontwikkeling wordt niet in ernstige mate bedreigd. Het feit dat een jeugdige enkel een onveilige gehechtheidsrelatie heeft, maakt ingrijpen niet direct nodig.

Onveilige gehechtheid kan dus niet gelijkgesteld moet worden aan een hechtingsstoornis, maar er bestaat geen wetenschappelijke consensus over de vraag hoe beide concepten zich tot elkaar verhouden (Dekker - van der Sande & Janssen, 2010). Een onveilige gehechtheidsrelatie, die na verloop van tijd vastgelegd wordt in een onveilig werkmodel van gehechtheid, voorspelt een minder optimale sociale ontwikkeling van het kind. Dat wil niet zeggen dat jeugdigen met een onveilig werkmodel van gehechtheid altijd behandeling nodig hebben. Dat is zeker niet het geval: ruim 30% van alle jeugdigen ontwikkelt een onveilig werkmodel van gehechtheid zonder dat in al die gevallen hulp van buitenaf nodig is (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010). Een veel kleinere groep jeugdigen heeft wel extra aandacht nodig. In deze richtlijn gaat het vooral om die jeugdigen bij wie de ontwikkeling bedreigd wordt door de problemen met betrekking tot de gehechtheidsrelatie: ze hebben een verstoorde gehechtheidsrelatie opgebouwd, of hun problemen met gehechtheid gaan samen met zoveel probleemgedrag, dat ingrijpen gewenst is.

In navolging van Schuengel & Oosterman (2010) hanteren we in deze richtlijn de term 'problematische gehechtheid'. Hiermee sluiten we ook aan bij de uitkomst van de eerder gehouden focusgroepsbijeenkomsten met vertegenwoordigers uit het werkveld. 'Problematische gehechtheid' is bedoeld als een verzamelterm voor allerlei emoties en gedragingen van jeugdigen waaruit blijkt dat zij geen van emotionele veiligheid ontlenen aan de relatie met vertrouwde opvoeders. De term 'problematische gehechtheid' is van toepassing op:

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

In dit hoofdstuk bespreken we kort enkele belangrijke begrippen uit de gehechtheidstheorie en lichten we de verschillende 'typen' van gehechtheidsrelaties toe.

1.3 De Gehechtheidstheorie

De gehechtheidstheorie is ontwikkeld in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw door de Britse kinderpsychiater Bowlby (1980) naar aanleiding van observaties van jonge kinderen bij wie de band met de ouders verbroken was. Bowlby heeft zijn theorie in drie baanbrekende werken beschreven: Attachment, Separation en Loss (Bowlby, 1969; 1973; 1980). De afgelopen decennia is er op basis van Bowlby's theorie veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar gehechtheid. Het bleek niet eenvoudig te zijn de complexe theoretische begrippen en onderzoeksmethoden naar de klinische praktijk te vertalen. Inmiddels is een interdisciplinaire theorie over ontwikkelingspsychopathologie *(developmental psychopathology)* ontwikkeld. Zo ontstaat er een integratie tussen inzichten uit verschillende theoretische achtergronden, namelijk gehechtheidstheorie, procesonderzoek naar moeder-kindinteracties vanuit de infant onderzoek, psychoanalyse, cognitieve psychologie en neurowetenschappen. Voor een uitvoerige beschrijving van de theorievorming en onderzoek over gehechtheid wordt verwezen naar diverse publicaties (Schuengel, de Schipper, & Sterkenburg, 2003; Cassidy & Shaver, 2008; van IJzendoorn, 2008; Juffer, 2010).

Een gehechtheidsrelatie is geen doel op zich, maar een noodzakelijke stap in de persoonlijkheidsontwikkeling van het jonge kind. Een veilige gehechtheidsrelatie, zo blijkt uit onderzoek (Rexwinkel, Schmeets, & Pannevis, 2011; Bateman & Fonagy, 2012) hangt samen met een goede stress- en emotieregulatie, wat de voorlopers zijn van het leren reflecteren ofwel mentaliseren. De theorie over mentaliseren (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002) is een belangrijke aanvulling op de gehechtheidstheorie, omdat verondersteld wordt dat het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen bij het kind een belangrijke factor is in het voorkomen van de ontwikkeling van psychopathologie. Mentaliseren betekent het kunnen denken over het gedrag van zichzelf en van anderen in termen van veronderstelde *mentale toestanden*, zoals gedachten, gevoelens, wensen, en intenties.

1.4 Wat is gehechtheid?

Bowlby definieert gehechtheid bij jonge kinderen als 'een sterke neiging om de nabijheid van en het contact met een specifieke figuur te zoeken en dit in bepaalde situaties te doen, vooral wanneer het kind bang, moe of ziek is' (Bowlby, 1969, blz. 371). Gehechtheid kunnen we ook omschrijven als de emotionele band tussen een kind en zijn beschermende ouder (van IJzendoorn & Bakermans –Kranenburg, 2010). Deze band uit zich in het zoeken van nabijheid, troost, bescherming en bevestiging van de ouder. Gehechtheidsgedrag doet zich vooral voor wanneer het jonge kind te maken krijgt met emotioneel overweldigende momenten of situaties waarbij het kind niet in staat is om de eigen emoties te reguleren. Dan heeft het kind de ouder nodig als veilige haven waar het altijd naar terug kan keren voor troost en bescherming (veilige haven). Daarnaast gebruikt het kind de ouder als uitvalsbasis om nieuwe ervaringen mee op te doen (veilige basis). De hieronder afgebeelde 'cirkel van veiligheid' is een goed hulpmiddel ter illustratie van het proces dat kind en gehechtheidsfiguur continu doorlopen (Schuengel & Sterkenburg, 2004). Gehechtheid tussen jeugdigen en hun ouders komt in alle culturen voor, hoewel de interactie tussen ouders en kinderen afhankelijk kan zijn van culturele verschillen. Het vormen van een veilige gehechtheidsrelatie is een belangrijke mijlpaal in het leven van kinderen en vormt een goede basis voor een verdere gezonde ontwikkeling. Ieder kind heeft een

aangeboren neiging om steun te zoeken bij iemand die sterker is, een volwassene die het kind kan beschermen en helpen. Omdat ieder kind hulpeloos ter wereld komt, is hij afhankelijk van de hem omringende volwassenen, meestal de ouder(s) of ouderfiguren. De ouder beschermt het kind niet alleen tegen honger, kou en uitdroging, maar ook tegen allerlei gevaren in de fysieke en sociale omgeving. Bovendien kan het kind ervaringen opdoen en dingen leren in de beschermende aanwezigheid van de ouder en zich zo cognitief en sociaal emotioneel ontwikkelen.

Figuur 1. De cirkel van veiligheid. Copyright Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R.S. & Powell, B. (2002) (vertaald door Schuengel, C.)

Het vormen van een veilige gehechtheidsrelatie is een belangrijke mijlpaal in het leven van kinderen en vormt een goede basis voor een verdere gezonde ontwikkeling. Ieder kind heeft een aangeboren neiging om steun te zoeken bij iemand die sterker is, een volwassene die het kind kan beschermen en helpen. Omdat ieder kind hulpeloos ter wereld komt, is hij afhankelijk van de hem omringende volwassenen, meestal de ouder(s) of ouderfiguren. De ouder beschermt het kind niet alleen tegen honger, kou en uitdroging, maar ook tegen allerlei gevaren in de fysieke en sociale omgeving. Bovendien kan het kind ervaringen opdoen en dingen leren in de beschermende aanwezigheid van de ouder en zich zo cognitief en sociaal emotioneel ontwikkelen.

De gehechtheidstheorie is een evolutionaire theorie: evolutionair gezien dient gehechtheid de overdracht van de genen naar volgende generaties. Het jonge kind hecht zich in de regel aan de eigen ouders, maar ook aan andere opvoeders die regelmatig met het kind omgaan. Zo ontstaat een *gehechtheidsnetwerk* met moeder, vader, crècheleidster, grootouders en andere opvoeders (van IJzendoorn, 2008).

Omdat gehechtheid bij ieder kind aangeboren is, kunnen kinderen gehechtheid niet overslaan of uitstellen. Het is een mythe dat kinderen geen gehechtheidsrelatie opbouwen als de opvoedings-omstandigheden verre van ideaal zijn (van IJzendoorn, 2008; 2010). In de praktijk wordt wel eens beweerd dat kinderen zich niet hechten aan hun verwaarlozende ouder. Ieder kind hecht zich in zijn eerste levensjaar aan de belangrijkste verzorgers, al zal niet ieder kind zich *veilig* kunnen hechten. Onderzoek heeft aangetoond dat kinderen die verwaarloosd of mishandeld worden, zich wel degelijk hechten aan hun ouders, al zijn de gehechtheidsrelaties doorgaans onveilig (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn 2010).

Ook de bewering dat de eerste zes levensjaren een kritische periode zijn voor het ontwikkelen van een gehechtheidsrelatie, wordt niet bevestigd door onderzoeksuitkomsten. Onderzoek naar kinderen uit weeshuizen die geadopteerd worden in een gezin, laat zien dat de ontwikkeling van geadopteerde kinderen doorgaans een enorme inhaalslag maakt, zowel wat betreft hun lichamelijke groei als hun cognitieve ontwikkeling (van IJzendoorn & Juffer, 2006). Kinderen die geadopteerd worden, hechten zich ook aan hun adoptiefouders en kunnen zo alsnog een veilige basis ontwikkelen voor hun verdere ontwikkeling.

Verondersteld wordt dat gehechtheid in de kinderjaren nog flexibel is: niet alleen de eerste ervaringen met de ouders zijn bepalend, ook de huidige opvoedingsomgeving kan het model van gehechtheid in positieve zin 'bijstellen'. Dat gebeurt bij kinderen die geadopteerd worden, al blijkt de adoptieleeftijd wel van belang. Kinderen die voor hun eerste levensjaar geadopteerd worden, hebben doorgaans een meer optimale ontwikkeling ook op het gebied van gehechtheid dan kinderen die na hun eerste verjaardag in een adoptiegezin terecht komen. Verondersteld wordt dat gehechtheid in de jonge jaren nog relatief flexibel is, en daarom in gunstige zin kan worden bijgesteld naar een veilig model van gehechtheid. Naarmate een kind ouder wordt, neemt die flexibiliteit van gehechtheid af. Harde leeftijdsgrenzen zijn er echter niet.

Gezien het enorme belang van gehechtheid in de verdere ontwikkeling zijn jeugdigen die opgroeien in problematische opvoedingssituaties altijd geholpen met positieve, correctieve gehechtheidservaringen (Juffer, 2010). Dat wil zeggen: deze jeugdigen moeten zich kunnen hechten vervangende ouderfiguren, ook als deze ouderfiguren maar tijdelijk aanwezig zijn in het leven van het kind. Wanneer jeugdigen (van alle leeftijden) *correctieve gehechtheidservaringen* krijgen aangeboden, kan hun gehechtheid zich in een positieve (meer veilige) richting gaan ontwikkelen. Naarmate jeugdigen ouder zijn, kan dit proces van (weer) vertrouwen krijgen in volwassenen moeilijker zijn en langer duren.

Schuengel, Venmans, van IJzendoorn, & Zegers (2006b) hebben onderzoek gedaan naar gehechtheidsrelaties die jeugdigen in een residentiele setting opbouwen met hun groepsleiders. Het ging in dit onderzoek om jongeren die in een open justitiële behandelinrichting werden behandeld. Slechts een klein deel van de opgenomen jongens en meisjes bleek een veilige gehechtheidsrelatie te hebben met hun mentor in de inrichting. Jongeren die onveilig gehecht waren aan hun mentor, deden minder vaak een beroep doen op hun mentor voor steun en troost of advies. Zij zochten minder contact, en toonden meer vijandig gedrag. Ook een deel van de groepsleiding had zelf een onveilig model van gehechtheid; wat ook gevolgen heeft voor de interactie met de jongeren. Mentoren die zelf een veilig model van gehechtheid hebben, kunnen de jongeren beter ondersteunen en communiceren op een open manier met de jongeren. Mentoren die een onveilig model van gehechtheid hebben, laten meer vermijdend gedrag zien en hanteren de regels in de instelling veel strakker.

Goed reageren op het gedrag van deze jongeren en hun gedrag begrijpen vraagt van groepsleiding een sensitieve houding. De eigen gehechtheid van groepsleiders bepaalt mede hoe goed zij in staat zijn om die sensitiviteit in houding en gedrag op te brengen. Naast kennis en vaardigheden speelt daarmee ook de eigen persoonlijkheid een belangrijke rol in het handelen van de groepsleiding.

1.5 Ontwikkeling van gehechtheid

Een pasgeboren baby heeft al een grote gerichtheid op de volwassenen, dat kunnen de biologische ouders zijn, maar hoeft niet. In de eerste maanden vinden er voortdurend sociale interacties tussen het kind en de belangrijkste opvoeders plaats, waarbij opvoeder en kind beter op elkaar ingespeeld raken. Opvoeder en kind imiteren over en weer gezichtsuitdrukkingen en geluiden, zoals lachen en kraaien van plezier (Trevarthen, 1979). In die wederzijds interactie tussen opvoeder en baby ontwikkelen regulatiepatronen, zoals de wijze waarop de baby getroost wordt, in slaap gebracht wordt, en gevoed wordt. Deze regulatiepatronen zijn voorspellers voor gehechtheidspatronen op éénjarige leeftijd (Rexwinkel, Schmeets, & Pannevis, 2011).

Als de baby met ongeveer zeven à negen maanden bij scheiding van de hechtingsfiguur met protest reageert en eenkennig is ten opzichte van vreemden, dan is het kind gehecht. Het kind kan gehecht zijn aan meerdere personen, de hechtingsfiguren, als deze een stabiele rol spelen in het leven van het kind. Kinderen ontwikkelen de eerste gehechtheidsrelaties met de belangrijkste verzorgers tussen de zes en twaalf maanden. Meestal is er een voorkeur voor één van de gehechtheidsfiguren. We spreken van een hiërarchisch opgebouwd netwerk van personen met wie het jonge kind een band heeft opgebouwd. Bowlby (1982) schetste vier fasen voor de ontwikkeling van gehechtheid in de eerste levensjaren . De eerste fase, oriëntatie op mensen zonder onderscheid des persoons, begint met een voorkeur van de baby voor mensen: baby's hebben een voorkeur voor de menselijke stem en het menselijk gezicht. In de tweede fase, oriëntatie op specifieke personen, heeft de baby een voorkeur voor mensen die geregeld met de baby omgaan. In de derde fase, de specifieke gehechtheid, is het kind gehecht geraakt aan een bepaalde persoon. Bij spanning of angst zal het kind de nabijheid van deze persoon zoeken. In de vierde fase, het doel-gecorrigeerd partnerschap, kan het kind zich inleven in de gehechtheidspersoon en kan het daardoor de behoefte aan nabijheid uitstellen. Gehechtheid heeft zich in dit laatste stadium ontwikkeld tot een mentale representatie van gehechtheid.

Zeanah, Fox, & Nelson (2012) hebben de ontwikkeling van gehechtheid meer gedetailleerd beschreven. In tabel 1 worden de verschillende fasen weergeven. De vier fasen van Bowlby zijn hierin te herkennen. De ontwikkelingsmijlpalen in Tabel 1.1 zijn meer aan cognitieve leeftijden dan aan chronologische leeftijden gekoppeld. Lichamelijke of neurologische afwijkingen van het kind zelf hoeven geen invloed uit te oefenen op de ontwikkeling van gehechtheid. Het kan zijn dat de ontwikkeling iets trager verloopt, maar ook kinderen met doofheid of het syndroom van Down ontwikkelen een gehechtheidsrelatie (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992). Bovendien werd gevonden dat kinderen met autisme, ondanks het feit dat ze afwijkend gedrag vertonen en daardoor een verhoogd risico lopen op een gedesorganiseerde gehechtheid, wel degelijk een gehechtheidsrelatie ontwikkelen (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & van Berckerlaer-Onnes, 2004). Hoewel afwijkingen in de ontwikkeling van het kind kunnen leiden tot enkele afwijkende gehechtheidsgedragingen, lijken deze het daadwerkelijk tot stand komen van die gehechtheid niet in belangrijke mate te belemmeren. Bepalend voor de gehechtheidsrelatie die een kind opbouwt, is vooral het gedrag van de ouder. Hierover gaat de volgende paragraaf.

1.6 Sensitiviteit als belangrijkste determinant van gehechtheid

Ieder kind heeft een aangeboren neiging om gehecht te raken aan zijn of haar ouders. Maar niet ieder kind bouwt een veilige gehechtheidsrelatie op met zijn ouders. Een centrale stelling in de gehechtheidstheorie is dat met name het gedrag van de ouder naar het jonge kind bepalend is voor de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie die het kind ontwikkelt in het eerste levensjaar. Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall (1978) hebben sensitiviteit omschreven als een vaardigheid van de ouder om gehechtheidssignalen van het kind snel waar te nemen, deze signalen goed te interpreteren en er snel en adequaat op te reageren. Inmiddels is de veronderstelling van Ainsworth in vele empirische studies bevestigd: in een meta-analyse van circa 60 studies werd een gematigde samenhang vastgesteld tussen sensitiviteit van de opvoeder en de gehechtheidsrelatie van het kind (de Wolff & van IJzendoorn, 1997). Ouders die meer sensitief reageren op de behoeften van hun jonge hun kind, hebben vaker kinderen die vaker veilig gehecht zijn, zo laten de verschillende studies zien.

Dat de inbreng van ouders bepalend is voor de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is inmiddels ook aangetoond in verschillende interventie-studies. Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer (2003) hebben in een meta-analyse verschillende studies samengevat waarin door middel van een interventie geprobeerd werd het sensitieve gedrag van ouders te verbeteren. Het bleek inderdaad mogelijk door middel van interventies het sensitieve gedrag van ouders in de omgang met jonge kinderen te verbeteren. Als de ouders meer sensitief reageerden, steeg ook de kans dat hun kinderen een veilige gehechtheidsrelatie ontwikkelden (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010). De meta-analyse van Bakermans-Kranenburg et al. (2003) laat dus zien dat sensitiviteit van de ouder een belangrijke determinant is van een veilige gehechtheidsrelatie.

Bowlby (1982; 1988) zelf heeft veelvuldig het belang aangetoond van continuïteit van de opvoeders: veel wisselingen van opvoeders of het plotselinge verbreken van het contact met opvoeders kan schadelijk zijn voor de ontwikkeling van een veilig model van gehechtheid.

Tabel 1.1 Ontwikkelingsverloop van gehechtheid (overgenomen van Zeanah, Fox, & Nelson, 2012)

Eerste 2 maanden:	Baby heeft beperkt vermogen onderscheid te maken tussen verschillende verzorgers; herkent geur en stemgeluid moeder, maar geeft geen blijk van een voorkeur.
Bij 2-3 maanden:	Begin van sociale interactie, met meer oogcontact.
Overgang 2-7 maanden:	Baby kan onderscheid maken tussen verschillende verzorgers maar geeft geen blijk van een sterke voorkeur; is op zijn gemak bij vele bekende en onbekende volwassenen en sterk gemotiveerd om initiatief te nemen tot interactie met al die volwassenen.
Bij 7-9 maanden:	Ontstaan van selectieve gehechtheid, zoals blijkend uit ontstaan van eenkennigheid (eerste terughoudendheid) en protest bij separatie (van streek bij het anticiperen van separatie van gehechtheidsfiguren).

9-18 maanden:	Hiërarchie van gehechtheidsfiguren wordt duidelijk. Baby/dreumes zoekt evenwicht tussen de behoefte te exploreren en de behoefte nabijheid te zoeken; deze behoeften worden duidelijker op het moment dat het kind bij ongeveer 12 maanden zelf gaat lopen. Zowel veilige-basisgedragingen (zich verwijderen van de verzorger om te exploreren) als veilige-havengedragingen (terugkeren naar de verzorger voor troost en steun) duidelijk zichtbaar.
Bij 18-20 maanden:	Begin van symbolische representatie, zoals spel met 'doen alsof' en taal.
20-36 maanden:	Door doel gecorrigeerd partnerschap waarin het kind zich toenemend bewust wordt van het feit dat zijn doelen kunnen conflicteren met die van anderen en van de noodzaak van onderhandelen, compromissen en uitstel van behoefte bevrediging.
36+ maanden:	Nog steeds veilige-basis- en veilige-havengedraging maar door de toegenomen verbale vaardigheden van het kind komen die minder in het gedrag tot uiting. Interne representaties van gehechtheid meer toegankelijk voor observeerders via praten bij poppenspel.

1.7 Kwaliteit van de gehechtheidsrelatie

Het belangrijkste instrument om de kwaliteit van gehechtheid te meten is de Vreemde Situatie Procedure (Ainsworth et al., 1978). Het betreft een gestandaardiseerde observatieprocedure, die acht episodes omvat van elke drie minuten waarin het kind wordt geobserveerd. In de eerste twee episodes zijn kind en opvoeder samen in de spelkamer, daarna komt een onbekende binnen (de 'vreemde', episode 3). Vervolgens verlaat de opvoeder de kamer en is het kind samen met de vreemde (episode 4). In episode 5 komt de opvoeder weer terug (eerste hereniging) en gaat de vreemde de kamer uit. Aan het eind van deze episode verlaat de opvoeder voor de tweede keer de kamer. In episode 6 is het kind alleen in de spelkamer en in episode 7 komt de vreemde terug. De opvoeder komt in episode 8 ook terug in de spelkamer (tweede hereniging). De twee separaties van de opvoeder in een onbekende omgeving zijn voor jonge kinderen stressvol en die stress roept gehechtheidsgedrag op. Het gedrag van het kind bij de twee herenigingen is doorslaggevend voor de beoordeling van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie. Er wordt dan geobserveerd in hoeverre het kind toenadering tot en contact met de opvoeder zoekt of die juist vermijdt, boosheid of wellicht gedesorganiseerd gedrag laat zien. De Vreemde Situatie procedure wordt verder uitgebreid besproken in hoofdstuk 4 ('Signalering en diagnostiek van problematische gehechtheid'). Op basis van deze procedure onderscheidt men de volgende vier 'typen' van gehechtheid:

- Veilige gehechtheidsrelatie
- Onveilig -ambivalent gehechtheidsrelatie
- Onveilig -vermijdend gehechtheidsrelatie
- Gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie

Veilig gehechte kinderen weten in de Vreemde Situatie procedure de balans te vinden tussen gehechtheidsgedrag en exploratie. Ze zoeken bij de hereniging met de opvoeder nabijheid en

contact, en zijn snel getroost als ze tijdens de separatie van slag waren. Daarna komen ze weer aan spel en exploratie toe. Onveilig-ambivalente kinderen zoeken ook toenadering tot de opvoeder bij de hereniging, maar worden door het contact niet getroost. Ze weren de opvoeder boos af of blijven passief en komen niet meer aan spel toe. Onveilig-vermijdende kinderen lijken onaangedaan door de separaties en zoeken geen nabijheid tot de opvoeder bij de hereniging. Maar deze kinderen ervaren wel stress tijdens de Vreemde Situatie procedure, maar ze zoeken geen troost. Kenmerkend voor kinderen die gedesorganiseerd zijn, is het (tijdelijk) wegvallen van een consistente strategie; ze laten gedrag zien dat bij geen van de drie eerste gehechtheidsstrategieën past.

Hieronder beschrijven we de verschillende typen van gehechtheid meer uitgebreid.

Veilig gehecht (Categorie B)

Een kind dat een veilige gehechtheidsrelatie heeft opgebouwd met zijn ouder, heeft door de sensitieve opvoeding gedurende de eerste levensjaren een gevoel van veiligheid in relatie tot die ouder ervaren. De ouder wordt gezien als iemand die in tijden van angst of spanning niet lang op zich laat wachten. Als het jonge kind stress ervaart, zal een kind met een veilige gehechtheidsrelatie altijd de nabijheid van die ouder opzoeken. De ouder kan het kind in de regel snel geruststellen zodat het kind zijn spel weer kan hervatten (Ainsworth et al., 1978).

De ouder is zowel een veilige haven (om naar terug te keren bij stress) als een veilige uitvalsbasis voor het jonge van waaruit de omgeving verkend kan worden. Beide functies zijn met elkaar in evenwicht. Ook bij het kind is er sprake van een evenwicht tussen exploreren van de omgeving en de nabijheid van de gehechtheidsfiguur zoeken. Alleen als het kind stress ervaart, wordt het gehechtheidsgedrag geactiveerd en zoekt het kind de nabijheid van de ouder. Maar als het kind zich veilig voelt, is er ruimte voor exploratie en spel (Juffer, 2010). Naar schatting tussen de 60 à 70% van de kinderen ontwikkelt een veilige gehechtheidsrelatie.

Onveilige gehechtheidsrelaties

In onveilige gehechtheidsrelaties ontbreekt het vertrouwen tussen kind en ouder. In plaats van dat beide gedragssystemen van het kind (exploreren en nabijheid van de opvoeder zoeken) in evenwicht zijn, slaat de balans door naar één van beide gedragssysstemen. Daarin verschillende de beide typen onveilige gehechtheidsrelaties van elkaar. In de ambivalente gehechtheidsrelatie slaat de balans door naar het nabijheid zoeken, en in vermijdende gehechtheidsrelaties slaat de balans juist door naar het exploreren. In beide vormen ontbeert het kind een stabiel vertrouwen in de beschikbarheid van de ouder. En daarmee is de ontwikkeling van dat kind minder in een minder gunstige uitgangssituatie. Eerst lichten we beide typen onveilige gehechtheidsrelaties toe.

Onveilig- ambivalente gehechtheidsrelatie (categorie C)

Bij kinderen met een ambivalente gehechtheidsrelatie slaat de balans door naar nabijheid zoeken, waardoor zij veel minder toekomen aan exploratie en spel. Onveilig- ambivalent gehechte kinderen zijn vooral gericht op het krijgen van geruststelling van de ouder en hebben juist moeite met het (gaan) exploreren. Ook in gewone, niet stressvolle situaties zijn ze onzeker over de beschikbaarheid van de ouder en zoeken ze nadrukkelijk de nabijheid en de aandacht van de ouder, door te protesteren, te huilen, zich vast te klampen en zich te verzetten.

Na een korte scheiding kunnen deze kinderen niet echt gerustgesteld worden door de ouder. Ze blijven de aandacht en nabijheid van de ouder vragen, soms door zich boos te verzetten. Een ambivalent gehecht kind geeft vrij baan aan de stress die hij beleeft en hij lijkt er volledig door te worden bepaald en ook in dit geval wordt de stress niet adequaat verlicht (Ainsworth et al., 1978). Naar schatting ontwikkelt ongeveer 10% van alle kinderen een onveilig-ambivalente gehechtheidsrelatie.

Onveilig-vermijdende gehechtheidsrelatie (categorie A)
Onveilig-vermijdend gehechte kinderen zijn vooral gericht op het exploreren met speelgoed en lijken weinig geruststelling nodig te hebben van hun ouders in een spannende situatie. Zowel ouder als kind hebben een eenzijdige nadruk op exploratie, zelfstandigheid en autonomie. Als het kind zich naar de ouder toewendt voor troost of steun, de veilige thuishaven dus, doen zich pijnlijke gevoelens voor. Bij de ouder kunnen dat gevoelens van afkeer, onzekerheid of afwijzing zijn. Bij het kind kunnen dan heftige gevoelens van frustratie vermengd met angst optreden. Het kind past zich aan door een deactiverende strategie te kiezen voor gehechtheidsgedrag: het vermijdt aandacht voor gehechtheid en neutraliseert zijn gevoelens. Het jonge kind zal de ouder vermijden in situaties waarin het schrikt of angstig is. Bij oudere kinderen is de strategie zichtbaar in neutrale reacties op verbrekingen en herenigingen van contact en het vermijden van affectieve uitingen. De stress die het kind hierbij ervaart is er wel, maar vaak niet zichtbaar. Naar schatting 20% van de kinderen ontwikkelt een onveilig-vermijdende gehechtheidsrelatie.

Onveilig gedesorganiseerd gehecht (Categorie D)
De eerste drie vormen van gehechtheid (A, B, of C) bij kinderen worden gezien als een adaptief of georganiseerd patroon van gehechtheidsgedrag. Het kind kan zich met behulp van zijn gedrag aanpassen aan het opvoedingsgedrag van de ouder, en zo wordt de stress van het jonge kind gereguleerd met behulp van de ouder. Kinderen met een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie vertonen op bepaalde momenten geen coherent gehechtheidspatroon, wat blijkt uit chaotisch, tegenstrijdig, bizar of angstig gehechtheidsgedrag in de aanwezigheid van de gehechtheidsfiguur, de ouder dus.

Verondersteld wordt dat het kind wordt geconfronteerd met een dilemma dat niet op te lossen is: de ouder is tegelijkertijd bron van angst en van troost. Het kind is in een situatie van *fright without solution*, waardoor de georganiseerde strategie faalt en het kind zich niet kan aanpassen aan de hechtingsstijl van de ouder. De extreem hoge stress bij het zich ontwikkelende kind leidt tot desorganisatie van gedrag, en heeft ook negatieve effecten op de neurofysiologische ontwikkeling. Deze gehechtheidsstijl komt bovengemiddeld vaak voor bij kinderen die mishandeld of verwaarloosd zijn; maar ook ouders met onverwerkte trauma's kunnen gedrag vertonen dat beangstigend voor kinderen kan zijn (van IJzendoorn, 2010).

Bij jonge kinderen is de angst voor de gehechtheidsfiguur direct zichtbaar en af te leiden uit bizarre of tegenstrijdige gedragingen jegens de gehechtheidsfiguur tijdens de Vreemde Situatie procedure. Bijvoorbeeld: hard huilen tijdens de separatie maar abrupt ophouden en zich van de ouder afkeren bij binnenkomst van de ouder, of angstig gedrag zoals verstijven of verstarren zodra de ouder in zicht komt (Main & Solomon, 1990; Juffer 2010). Kinderen gaan

na verloop van tijd als strategie doorgaans sterk controlerend gedrag ontwikkelen; het lijkt alsof het kind de controle over de situatie wil behouden om nieuwe beangstigende situaties te voorkomen. Bij oudere kinderen vindt soms rolomkering plaats in de vorm van overdreven zorgzaam of bestraffend gedrag jegens de ouder. Er is grote onzekerheid bij het kind over de emotionele beschikbaarheid van anderen en het kind heeft moeite met het ontwikkelen van vertrouwen in het eigen waarnemingsvermogen. Het kind mentaliseert gebrekkig, omdat het de beangstigende informatie niet verwerkt. In klinische groepen is het percentage kinderen met een gedesorganiseerd gehechtheid vaak hoger dan in niet-klinische groepen (van IJzendoorn, 2010) (zie verder bij prevalentie).

1.8 Het Interne Werkmodel

Als de verzorger het jonge kind de nodige veiligheid verschaft, ontwikkelt het kind de verwachting dat de gehechtheidsfiguur beschikbaar is en dat altijd is. Het kind ontwikkelt een gevoel van basisveiligheid. Deze verwachtingen vormen een intern werkmodel, ook wel mentale representatie van de gehechtheid genoemd, en spelen een belangrijke rol in het bepalen van de gehechtheidsstrategie.

Vanaf ongeveer vier jaar kunnen kinderen vertellen hoe hun interne werkmodel eruitziet. Dit werkmodel stuurt hun interpretatie en gedrag in sociale relaties. Het kind ontwikkelt eigenlijk twee interne werkmodellen, namelijk verwachtingen ten aanzien van de ander en ten aanzien van zichzelf. Het werkmodel van zichzelf bevordert al of niet het zelfvertrouwen. Op basis van nieuwe, actuele gehechtheidservaringen kunnen de twee werkmodellen worden bijgesteld, zowel in positieve als in negatieve richting; in die zin is het een dynamisch model (Schuengel et al., 2006b). Maar verandering is niet gemakkelijk, aangezien de basispatronen op impliciete wijze ontstaan zijn en interne consistentie trachten te handhaven. Dit betekent dat de reactie van een kind op de actuele situatie in sociale relaties gekleurd wordt door een niet-bewuste, automatische, zich herhalende interpretatie van de situatie vanuit het interne werkmodel. ‘De bril van nu wordt ingekleurd door ervaringen uit het verleden’ (Zevalkink, 2007). Is er sprake van een (on)veilig intern werkmodel, dan interpreteert het kind elke sociale situatie in eerste instantie als (on)veilig.

Deze basispatronen zijn verweven met neurobiologische aspecten. Door het intern werkmodel ontstaan er structuren in de hersenen, die bestaan uit neurale netwerken die door herhaling worden versterkt oftewel ‘inbranden’ (Zevalkink, 2007). Recente onderzoeksgegevens vanuit de neurowetenschappen en het ‘infant onderzoek’ zijn fascinerend, omdat daarin wordt beschreven hoe subtiel de interactie is tussen de ontwikkeling van de hersenen, de stress- en emotieregulatie en de dyadische relatie van ouder-kind, en hoezeer deze aspecten met elkaar zijn verweven (Schore, 2002).

1.9 Gehechtheid bij volwassenen

In de jaren tachtig hebben Mary Main en haar collega’s een interview en codeersysteem ontwikkeld waarmee de gehechtheidsrepresentatie bij volwassenen kan worden vastgesteld: het gehechtheids- biografisch interview (GBI; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985; van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, van Busschbach, Lambermon, van Rijsoort, & de Ruiter (1991). In het interview wordt de geïnterviewde gevraagd om de relatie met de opvoeders te typeren met vijf

omschrijvingen of kenmerken. Vervolgens wordt per typering naar een concrete gebeurtenis als illustratie gevraagd. Een belangrijk uitgangspunt bij het coderen van het interview is dat met name de vorm, en niet de inhoud van datgene wat de geïnterviewde vertelt van belang is voor de classificatie van het interview. Dus de wijze waarop iemand over de eigen jeugdervaringen spreekt , is een belangrijke indicator voor het interne werkmodel, veel meer dan de feitelijke gebeurtenissen. Onderzocht wordt of de ouder coherent en begrijpelijk het verhaal over de eigen jeugd kan vertellen, terwijl er tegelijkertijd emoties geactiveerd worden door te vragen naar herinneringen en gevoelens rond gehechtheid.

Een volwassene met een ***autonoom,*** veilig werkmodel (F) is in staat om op een coherente manier over de jeugdervaringen te vertellen en kan ook reflecteren over die ervaringen. Dit wordt ook wel aangeduid met de term "metacognitie" (Nicolaï, 2004). Ook al heeft de volwassene negatieve jeugdervaringen opgedaan, hij of zij is in staat daar open over te spreken en de bijbehorende gevoelens en gevolgen te erkennen.

Volwassenen met een ***gereserveerd*** werkmodel (Ds) vermijden in het interview in te gaan op negatieve gehechtheidservaringen die ze eerder normaliseren of zelfs idealiseren, zonder concrete voorvallen te kunnen benoemen. Soms worden nare gebeurtenissen uit het verleden gezien als een stimulans om uit te groeien tot een sterke persoon (van IJzendoorn & Bakermans, 2010). Van deze groep wordt aangenomen dat zij hun gevoelens over gehechtheid minimaliseren, precies wat vermijdend gehechte kinderen doen in de Vreemde Situatie procedure.

Volwassenen met een ***gepreoccupeerd*** model van gehechtheid (E) zijn nog steeds boos over hun ervaringen in de kindertijd. Ze vertellen uitvoerig over hun vroegere ervaringen, maar op zo'n manier dat ze nog onvoldoende afstand hebben genomen van hun verleden.
Tenslotte zijn er volwassenen die op basis van het interview bestempeld worden als '***onverwerkt verlies of ander onverwerkt trauma***'(U). Deze classificatie wordt gebaseerd op de wijze waarop de respondent spreekt over verlieservaringen, of traumatische ervaringen die ook aan de orde komen in het GBI. Uit het spreken over het verlies of trauma blijkt dat de persoon de negatieve gevoelens over het trauma heeft weggedrukt, maar gedurende het interview verliest de respondent zich toch in de traumatische gebeurtenis uit het verleden. De classificatie 'Onverwerkt verlies' moet in dit verband niet gelijk gesteld worden aan deze term in de klinische literatuur over onverwerkt trauma.

In diverse onderzoeken werd continuïteit van gehechtheid gevonden, dat wil zeggen dat kinderen die als baby veilig gehecht waren nog steeds veilig gehecht waren tijdens de adolescentie of jongvolwassenheid. Tegelijkertijd werd in andere onderzoeken een voorspelbare discontinuïteit gevonden die verklaard kon worden door belangrijke of ingrijpende levensgebeurtenissen die zich tussentijds hadden voorgedaan (zie ook Riggs & Gottlieb, 2009). Bijvoorbeeld: kinderen die als baby veilig gehecht waren, maar een ingrijpende scheiding (zoals verlating door de ouder) meemaakten tijdens de schooljaren, hadden meer risico om als adolescent onveilig gehecht te zijn. Overigens is dit ook een van de aanwijzingen dat gehechtheid veranderbaar is.

De typen gehechtheidsrelaties bij kinderen corresponderen met de gehechtheidsstijl van volwassenen, zoals aangegeven in Tabel 1.2.

Tabel 1.2 Beschrijvende termen voor de gehechtheidsstijl bij het kind en bij de volwassene

Gehechtheidsrelatie kind	Mentale representatie van gehechtheid volwassene
Veilig gehecht (B)	Veilig, Autonoom (F)
Onveilig-vermijdend gehecht (A)	Gereserveerd (D)
Onveilig- ambivalent gehecht (C)	Gepreoccupeerd (E)
Gedesorganiseerde gehechtheid (D)	Onverwerkt verlies, Gedesorganiseerd (U)

1.10 Reactieve hechtingsstoornis volgens de DSM-IV en DSM-5

In de DSM-5 wordt een reactieve hechtingsstoornis omschreven als een consistent patroon van geremd, emotioneel teruggetrokken gedrag in de richting van volwassen verzorgers. De stoornis wordt gekenmerkt door ten minste twee van de volgende gedragingen:

1. Het kind reageert in sociaal en emotioneel opzicht minimaal op anderen;
2. het kind toont beperkte mate van positief affect;
3. het kind heeft episodes van onverklaarbare prikkelbaarheid , verdriet of angst die opvallend zijn.

En tenslotte heeft het kind een patroon van extreme, inadequate zorg ervaren zoals verwaarlozing, mishandeling of sociale deprivatie doordat het kind bijvoorbeeld is opgegroeid in een tehuis waar de mogelijkheid om een gehechtheidsrelatie aan te gaan ernstig beperkt is door een zeer ongunstige leidster-kind ratio. Een reactieve hechtingsstoornis is altijd een reactie op de extreme omstandigheden waarin het kind opgroeit/ of opgegroeid is. Op die manier wordt het syndroom afgebakend van pervasieve ontwikkelingsstoornissen die het gevolg zijn van neurobiologische factoren in het kind zelf zoals autisme. In tabel 1.3 worden de exacte criteria omschreven van een reactieve hechtingsstoornis.

In De DSM-IV werden twee subtypes van hechtingsstoornissen onderscheiden: (1) het geremde type dat gekenmerkt wordt door extreme geremdheid en (2) het ongeremde, ongedifferentieerde type dat gekenmerkt wordt door oppervlakkige relaties en gebrek aan selectiviteit.

In de DSM- 5 *(www.dsm5.org)* zijn beide subtypen gedefinieerd als twee afzonderlijke aandoeningen, waarbij alleen het geremde type als een reactieve hechtingsstoornis wordt gezien. Het ongeremde, ongedifferentieerde type wordt als aparte stoornis beschreven: de '*disinhibited social engagement disorder*' een term waarvoor nog geen gangbare Nederlandse benaming voor is gevonden. Beide aandoeningen zijn het gevolg van sociale verwaarlozing of andere situaties waarbij het kind niet in de gelegenheid is geweest om selectieve gehechtheidsrelaties op te bouwen. Hoewel de etiologie van beide stoornissen gelijk is, verschillen de twee aandoeningen verschillen in belangrijke opzichten: een reactieve hechtingsstoornis vertoont gelijkenissen met een internaliserende stoornis, het kind heeft geen of een onvolledige gehechtheidsrelatie met de volwassene die de ouderrol vervult. De ongeremde stoornis (*disinhibited social engagement disorder)* lijkt op ADHD, en kan zelfs voorkomen bij kinderen die een veilige gehechtheidsrelatie hebben. De etiologie van de stoornissen kan voor een deel gelijk zijn (sociale deprivatie), maar et verloop van de stoornis en de wijze de stoornis behandeld kan worden middels interventie, verschilt aanzienlijk. Om deze redden worden beide stoornissen in de DSM-5 als afzonderlijke aandoeningen gezien (*http://drgrcevich.wordpress.com/2013/06/13/dsm-5-rethinking-reactive-attachment-disorder/www.dsm5.org*).
Een reactieve hechtingsstoornis komt vrij zelden voor, alleen in extreme situaties van

verwaarlozing, mishandeling of frequente wisseling van verzorgers. De gedragingen kunnen niet volledig door ontwikkelingsachterstanden, zoals een verstandelijke beperking, verklaard worden (Stor & Storsbergen, 2006).

Het stellen van de diagnose 'reactieve hechtingsstoornis' is gecompliceerd. Eigenlijk kan de diagnose van reactieve hechtingsstoornis alleen gesteld worden als het kind de gelegenheid heeft gehad een relatie op te bouwen met een stabiele gehechtheidsfiguur. Als dat niet het geval is geweest, dan is de diagnose 'reactieve hechtingsstoornis' altijd een voorlopige (Schuengel et al., 2003). Vertoont het kind het gestoorde gehechtheidsgedrag, zoals onder criterium A (tabel 1.3) beschreven, ook in de relatie met de nieuwe gehechtheidsfiguur, zoals een adoptie- of pleegouder, dan lijkt de diagnose reactieve hechtingsstoornis als kindgebonden stoornis terecht.

Zeanah & Gleason (2010) en Gleason, Fox, Drury, Smyke, Egger, & Zeanah (2011) beschrijven het empirisch onderzoek van de afgelopen jaren naar de betrouwbaarheid en validiteit van de reactieve hechtingsstoornis bij kinderen in kindertehuizen in Roemenïe (in de DSM-IV dus het eerste, geremde subtype van de hechtingsstoornis. De essentie van de reactieve hechtingsstoornis is het ontbreken van een selectieve gehechtheidsrelatie. Deze stoornis heeft enkele klinische signalen van depressie, maar is geen depressieve stoornis.

Naast de term 'hechtingsstoornis' wordt in de praktijk soms ook de term 'geen bodem syndroom', gehanteerd (Van Egmond, 2001). Het geen-bodem-syndroom zou vooral veel voorkomen bij kinderen die geadopteerd zijn en die gedragsproblematiek vertonen. De problemen die deze kinderen hebben lijken op de problemen van de reactieve hechtingsstoornis, zij het dat ze naast het ontbreken van een gehechtheidsrelatie ook agressief zijn en hun omgeving onder controle willen houden door manipulatie.

Kritiek op de DSM-IV classificatie 'reactieve hechtingsstoornis'

Op de omschrijving van de reactieve hechtingsstoornis in de DSM-IV is veel kritiek gegeven (Stor & Storsbergen, 2006; van IJzendoorn & Bakermans- Kranenburg, 2010). De omschrijving van de reactieve hechtingsstoornis zou zeer breed zijn, in de zin dat de stoornis kan variëren van lichte verstoringen in de gehechtheidsrelatie tot ernstige stoornissen waarvoor behandeling noodzakelijk is. Hoewel een hechtingsstoornis in de DSM-5 beperkt wordt tot het geremde type, geldt bovengenoemd kritiekpunt in zekere zin nog steeds voor de omschrijving in de DSM-5: een hechtingsstoornis kan variëren naar de mate van ernst van de stoornis. Ook de overige kritiekpunten worden niet (helemaal) weggenomen met het verschijnen van de DSM-5; zij het dat voorzichtigheid geboden is. Een tweede kritiekpunt was dat er weinig empirisch onderzoek is gedaan naar de validiteit van de reactieve hechtingsstoornis als syndroom en als diagnostische categorie (Volkmar, 1997; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010). Dat terwijl inmiddels wel veel onderzoeksresultaten beschikbaar zijn over gedesorganiseerde gehechtheid.

Van IJzendoorn en Bakermans (2010) stellen daarom dat het waardevol zou zijn om bij de beschrijving van een hechtingsstoornis voor clinici gebruik te maken van het gehechtheidsonderzoek naar gedesorganiseerde gehechtheid, temeer daar er een duidelijke overlap lijkt te bestaan tussen een reactieve hechtingsstoornis en een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. Verschillende gedragsindicatoren die beschreven worden in de DSM- IV

zijn vrijwel identiek aan omschrijvingen van het codeersysteem voor gedesorganiseerde gehechtheid (Main & Salomon, 1990). Ook de criteria voor een hechtingsstoornissen die in de DSM-5 worden gehanteerd (Tabel 1.3) vertonen overeenkomsten met de omschrijving van de gedesorganiseerde gehechtheidsclassificatie.

Een derde kritiekpunt in de beschrijving van reactieve hechtingsstoornissen is 'extreme, inadequate zorg zoals verwaarlozing, mishandeling of sociale deprivatie' deel uitmaakt van de omschrijving van de stoornis (van IJzendoorn et al, 2010). Er zijn vooral pragmatische redenen geweest om dit criterium mee te nemen – om een reactieve hechtingsstoornis te kunnen onderscheiden van een pervasieve ontwikkelingsstoornis - maar het is merkwaardig om criteria die de oorzaken van een stoornis beschrijven, mee te nemen als criterium voor de stoornis zelf (Volkmar, 1997). Bovendien is het mogelijk dat een reactieve hechtingsstoornis voorkomt waarbij verwaarlozing of mishandeling niet aan de orde is geweest.

Een vierde kritiekpunt betreft de onduidelijke afbakening tussen een reactieve hechtingsstoornis en onveilige gehechtheid of stoornissen in de gehechtheidsrelaties. Van IJzendoorn en Bakermans stellen dat de tijd rijp is om het concept 'gedesorganiseerde gehechtheid' te gebruiken in de klinische praktijk, in plaats te spreken van een reactieve hechtingsstoornis. Een deel van de kinderen met een gedesorganiseerde gehechtheid kunnen als klinisch worden beschouwd. Het is met het oog daarop belangrijk om criteria vast te stellen op basis waarvan vastgesteld kan worden wanneer een kind zo ernstig gedesorganiseerd gedrag laat zien dat een interventie nodig is.

Tabel 1.3 Criteria voor de reactieve hechtingsstoornis volgens de DSM-5

A. Een consistent patroon van geremd, emotioneel teruggetrokken gedrag in de richting van volwassen verzorgers, gemanifesteerd door beide volgende gedragingen:
   1. Het kind zelden of minimaal zoekt troost wanneer het van streek is;
   2. Het kind zelden of minimaal reageert op troosten door anderen wanneer het van streek is.

B. Een blijvende sociale of emotionele stoornis gekenmerkt door ten minste twee van de volgende:
   1. Het kind reageert in sociaal en emotioneel opzicht minimaal op anderen;
   2. het kind toont beperkte mate van positief affect;
   3. het kind heeft episodes van onverklaarbare prikkelbaarheid, verdriet of angst die opvallend zijn. Zelfs tijdens niet-bedreigende interacties met volwassen verzorgers kunnen dit soort gedragingen voortkomen.

D. De zorg in criterium C wordt als verantwoordelijk beschouwd voor het gestoord gedrag in criterium A te zijn (bijvoorbeeld de stoornissen in criterium A begon na het gebrek aan adequate zorg in criterium C).
E. De criteria kunnen niet veroorzaakt worden door een autisme spectrum stoornis.
F. De stoornis is duidelijk geworden vóór de leeftijd van 5 jaar.
G. Het kind heeft een ontwikkelingsleeftijd van ten minste negen maanden.

Bron: http://drgrcevich.wordpress.com/2013/06/13/dsm-5-rethinking-reactive-attachment-disorder/
Geraadpleegd op 3 maart 2014

Verstoorde gehechtheid volgens Zeanah en Boris

De beschrijving van de reactieve hechtingsstoornis in de DSM-5 gaat ervan uit dat het kind geen gehechtheidsrelatie heeft ontwikkeld, of in onvoldoende mate. Veel vaker bouwt een kind wel een relatie op (dat is immers de natuurlijke neiging van ieder kind) maar is de relatie zelf verstoord. Boris en Zeanah (2005) spreken daarom van verstoorde gehechtheid oftewel '*secure base distortions*'. Een verstoorde gehechtheid wil zeggen dat de gehechtheidsrelatie zelf voor het kind een bron is van spanning en angst, in plaats van ontspanning en troost. Een omschrijving die ook gegeven wordt van een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie.

Om een verstoorde gehechtheidsrelatie te kunnen vaststellen, moet het kind de cognitieve leeftijd van 10 tot 12 maanden bereikt hebben, omdat pas vanaf die leeftijd een band met een specifieke persoon ontwikkeld is. Naast een verstoorde gehechtheid onderscheiden Boris en Zeanah ook een categorie van verbroken hechting, waarbij de eerste hechtingsfiguur plotseling wegvalt bijvoorbeeld door overlijden. Zeanah, Boris, & Lieberman (2000) stellen de volgende indeling van verstoorde gehechtheid voor, waarbij de reactieve hechtingsstoornissen worden meegenomen.

Afwezigheid van een gehechtheidsrelatie
- emotioneel teruggetrokken: reactieve hechtingsstoornis, geremde type;
- ongedifferentieerd: reactieve hechtingsstoornis, ontremde type;

Secure base distortions/vertekeningen veilige basis:
- zichzelf in gevaar brengen;
- extreme geremdheid door buitensporig vastklampen;
- overdreven aangepast, hyperwaakzaam;
- rolomkering.

Verbroken gehechtheidsrelatie
- treuren om verlies.

Inmiddels blijkt uit recent onderzoek dat de secure base distortions nog onvoldoende gevalideerd zijn (AACAP Official Action, 2006 in Kind en Adolescent Praktijkrichtlijn RHS, p.263 4e alinea). In de AACAP-richtlijnen geven Boris en Zeanah (2005) een overzicht van acht signalen van verstoord gehechtheidsgedrag bij jonge kinderen. Deze signalen zijn op internationaal onderzoek gebaseerd en zijn inmiddels in het Nederlands vertaald en gepubliceerd (Stor & Storsbergen, 2006). Met behulp van deze signalen is het mogelijk aspecten van (mal)adaptief gehechtheidsgedrag in een snelle screening te onderzoeken. Bij verstoringen van de veilige basis komen de genoemde gedragingen juist voor in relatie met de gehechtheidsfiguur. Dat wil zeggen dat in emotioneel minder beladen relaties, bijvoorbeeld met een leerkracht, begeleider of ander familielid, dit gedrag minder of niet hoeft voor te komen. Voor een kind kunnen specifieke uitspraken gedaan worden over problemen in het gehechtheidsgedrag.

Bij deze acht signalen van gehechtheidsgedrag wordt gekeken naar gedragingen die betrekking hebben op de selectiviteit van de hechting, de veilige basis en veilige haven. Met behulp van een 5-puntsschaal wordt beoordeeld in welke mate de gedragingen normaal, soms normaal of verstoord zijn. Het gaat om de volgende gedragingen:

- affectie tonen
- zoeken van troost
- vertrouwen hebben in de ander/hulp zoeken
- samenwerken
- exploreren
- controlerend gedrag vertonen
- reactie bij hereniging/terugkeer gehechtheidsfiguur
- reageren tegenover vreemden

Deze signalenlijst wordt nader toegelicht in het gedeelte over diagnostiek. Er is meer onderzoek nodig om te analyseren in hoeverre gedesorganiseerde gehechtheid geheel of gedeeltelijk overlapt met de relatiegebonden hechtingsstoornis van Zeanah en Boris. Dit is nu nog niet bekend (Stor & Storsbergen, 2006).

Conclusie: hechtingsstoornis versus gedesorganiseerde gehechtheid

Een reactieve hechtingsstoornis, zoals omschreven in de DSM-5, komt alleen voor in extreme situaties zoals verwaarlozing, mishandeling, sociale deprivatie of zeer frequente wisseling van verzorgers. Volgens een schatting gebaseerd op de DSM III-R classificatie, heeft ongeveer één procent van alle kinderen een hechtingsstoornis (Richters & Volkmar, 1994). Bij een reactieve hechtingsstoornis ontwikkelt het kind eigenlijk geen gehechtheidsrelatie, of is de gehechtheidsrelatie in onvoldoende mate aanwezig. De beschrijving van de reactieve hechtingsstoornis in de DSM-IV is bekritiseerd omdat weinig empirisch onderzoek voorhanden is naar de validiteit van de reactieve hechtingsstoornis als diagnostische categorie.

Zeanah, Boris, & Lieberman (2000) introduceerden de term ‘verstoorde gehechtheid’, die naast reactieve hechtingsstoornissen, ook verstoorde en verbroken gehechtheidsrelaties omvat. Maar of we nu spreken van een hechtingsstoornis volgens de beschrijving van DSM-5 of een ‘verstoorde gehechtheid’ in termen van Zeanah en Boris, voor beide constructen geldt dat de afbakening met de gedesorganiseerde gehechtheidscategorie onduidelijk is.

Van IJzendoorn en Bakermans (2010) zijn van mening dat de tijd inmiddels rijp is om het concept 'gedesorganiseerde gehechtheid' te gebruiken in de klinische praktijk, in plaats te spreken van een reactieve hechtingsstoornis. Bij de diagnose en behandeling van reactieve hechtingstoornissen kunnen clinici dan gebruik maken van het empirische studies naar gedesorganiseerde gehechtheid .

Concluderend: Gedesorganiseerde gehechtheid is een verschijnsel dat op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd; er is inmiddels veel onderzoek gedaan naar oorzaken, gevolgen en mogelijke behandeling van gedesorganiseerde gehechtheid. Hechtingsstoornissen zijn daarentegen gebaseerd op cliëntbeschrijvingen vanuit de klinische praktijk, en er is veel minder empirisch onderzoek gedaan naar hechtingsstoornissen. Hoe een hechtingsstoornis zich verhoudt tot de classificaties van gehechtheid is nog niet duidelijk (Rutter, Kreppner, & Sonuga-Barke, 2009). Wel is er een duidelijke overlap tussen de beschrijving van een hechtingsstoornis, verstoorde gehechtheid en de gedesorganiseerde gehechtheidscategorie.

1.11 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.

1.12 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 bijgestuurd 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 ambulant 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 de problematiek ernstiger is, is in de regel een meer intensieve behandeling nodig. Er is op dit moment één behandeling in Nederland erkend: Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG). 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 dan 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 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, 1982; 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.

1.13 Samenvatting

In deze richtlijn omschrijven we problematische gehechtheid als een verzamelterm voor allerlei emoties en gedragingen van jeugdigen waaruit blijkt dat zij geen emotionele veiligheid ontlenen aan de relatie met hun ouders of verzorgers.
De term 'problematische gehechtheid' is van toepassing op:

- jeugdigen die onveilig (vermijdend 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 onvoldoende vertrouwen in zichzelf en anderen opgebouwd. Door te werken aan de gehechtheidsrelatie kan het vertrouwen 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 uitgangssituatie van een kind; terwijl bij een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie of reactieve hechtingsstoornis behandeling gewenst is.

Met de brede invulling van het begrip 'problematische gehechtheid' hopen we de discussie over de afbakening van de verschillende verschijnselen in deze richtlijn verder te vermijden. Voor de jeugdhulp zijn dergelijke terminologische discussies niet direct relevant. De klinische praktijk en werkers in de jeugdhulp hebben mogelijk meer baat bij een observatiesysteem of beoordelingsschalen waarmee verstoord of problematisch gehechtheidsgedrag beoordeeld kan worden (Boris & Zeanah, 2005). Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg (2012) suggereren dat vooral de continue observatieschaal voor de intensiteit van gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag nuttig kan zijn voor de klinische praktijk, omdat deze schalen het brede continuüm bestrijkt van lichte tot zeer sterke indicatoren voor gedesorganiseerde gehechtheid.

De gulden regel

Veilige gehechtheid betekent een belangrijk fundament voor de ontwikkeling van de jeugdige. De jeugdige ontleent er zijn vertrouwen in anderen en in zichzelf aan (intern werkmodel van gehechtheid) en ontwikkelt in de omgang met zijn gehechtheidsfiguren en -netwerk sociale vaardigheden die later goed van pas komen. Een sensitieve opvoedingscontext is bepalend voor het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie (de Wolff & Van IJzendoorn, 1997). Kinderen van wie de ouder doorgaans snel en adequaat reageren op hun signalen, ontwikkelen een veilige gehechtheidsrelatie.

Gehechtheid is echter geen vaststaand gegeven. Integendeel, gehechtheid blijkt veranderbaar door nieuwe ervaringen. Een problematische gehechtheidsrelatie met een ouder kan bijgestuurd worden doordat een jeugdige alsnog positieve ervaringen opdoet met deze gehechtheidspersoon. Vaak zal het nodig zijn om ouders te ondersteunen of te coachen in het sensitief reageren (zie verder hoofdstuk 5).

Indien bijsturing of coaching van de ouder niet mogelijk is, of indien die ouder niet meer beschikbaar is, dan is het heilzaam voor de jeugdige om zich te hechten aan andere volwassenen (Juffer, 2010). Dat kunnen adoptie-/pleeg- of gezinshuisouders, pedagogisch medewerkers, of andere professionele verzorgers zijn. Er wordt dan een nieuwe gehechtheidsrelatie opgebouwd die deels compenseert voor de problematische gehechtheidsrelatie die de jeugdige al eerder had opgebouwd.

Jeugdigen met een problematische gehechtheid zijn altijd gebaat bij correctieve gehechtheidservaringen: ofwel de inzet zal moeten zijn om ouder te begeleiden en te ondersteunen om een sensitieve gedagsstijl aan te leren, ofwel een jeugdige verdient een kans om een nieuwe gehechtheidsrelatie aan te gaan met een stabiele figuur in de nabije omgeving van de jeugdige (Juffer, 2010). Als deze 'nieuwe' verzorgers erin slagen om sensitief te reageren op de behoeften en signalen, kan een onveilig of verstoord model van gehechtheid bijgesteld worden naar een veilig model. Naarmate de jeugdige ouder wordt, zal het wel steeds moeilijker worden om het model van gehechtheid bij te stellen, maar kan nooit een reden zijn om niet te streven naar verandering.

Ook al is de biologische ouder niet meer beschikbaar, bij voorkeur wordt de gehechtheidsrelatie met de ouder(s) nooit verbroken (Bowlby, 1982; 1988). John Bowlby heeft zich bijzonder ingespannen om aan te tonen hoe beschadigend een breuk van de band met de ouders is voor de ontwikkeling van het kind. Daarom moet het uitgangspunt zijn dat alleen in extreme, voor de jeugdige beschadigende, situaties de band met de ouder(s) verbroken mag worden. Gezien de enorme schade die een jeugdige van een dergelijk scheiding ondervindt, is het belangrijk dat er – ook wanneer het kind niet meer bij de gehechtheidspersoon woont – toch contact onderhouden wordt 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 het kind. In werkkaart 2

'Hoe bouw je een veilige gehechtheidsrelatie op met een jeugdige?' wordt een uitgebreide beschrijving gegeven hoe sensitief gedrag eruit ziet. Om sensitief te reageren is het van belang dat de jeugdprofessional oog heeft voor de gevoelens, wensen en behoeften van de jeugdige die achter diens lastige gedrag schuil gaan. Dat vereist veel inzet en geduld aan de kant van de professional. De eigen persoon van de professional is mede het instrument is waarmee gewerkt wordt: dat vraagt zelfkennis, en het vermogen om te reflecteren over zichzelf.

1.14 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. (niveau C).

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?*). (niveau A2)

3. Een problematische gehechtheidsrelatie kan ook bijgestuurd worden doordat de jeugdige positieve ervaringen opdoet met een andere volwassene. (niveau A2). 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. (niveau D).

5. Een solide netwerk van gehechtheidsrelaties met volwassen familieleden zoals ooms, tantes en grootouders 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. (niveau D).

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. (niveau A2).

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 vier jaar zien het kind bij voorkeur dagelijks. Jonge kinderen zijn gebaat bij vaker en langduriger contact met de verzorger dan kinderen boven de vier jaar. (niveau C).

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. (niveau C).

1.15 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. Zolang nog niet duidelijk is of de relatie met de ouders hersteld kan worden, of een nieuwe gehechtheidsrelatie opgebouwd zal worden, is de jeugdige gebaat bij volwassenen die sensitief en voorspelbaar reageren zoals omschreven in werkkaart 2.

4. De 'tussenliggende' 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.

5. Er bestaat een rangorde in de beschikbare alternatieven van opvang. Zo moet eerst 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.

6. 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.

7. Het aantal groepsleidsters of begeleiders in de jeugdhulp die de jeugdige regelmatig zien, moet zo klein mogelijk zijn.

8. Binnen een residentiële voorziening werken maximaal zes groepswerkers wanneer het om kinderen onder de 6 jaar gaat.

9. Voor kinderen tot de leeftijd van zes 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[9].

10. Aanbevolen wordt om residentiële opvang om te bouwen naar gezinshuizen.

[9] "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 Inleiding

De hier gemelde prevalentiecijfers zijn gebaseerd op zowel internationale als Nederlandse studies naar gehechtheid (Lamb, Thompson, Gargner, & Charnov, 1985; van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988; Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999; van IJzendoorn & Juffer, 2006; van Den Dries et al., 2009). Over de prevalentie van de reactieve hechtingsstoornis zijn geen Nederlandse cijfers beschikbaar. Op basis van internationale cijfers wordt geschat dat de stoornis bij 1% van alle kinderen voorkomt (Richters & Volkmar, 1994).

2.2 Hoeveel kinderen hebben een veilige of onveilige gehechtsrelatie?

In verschillende Nederlandse studies is vastgesteld dat 62% van alle gezonde, thuiswonende kinderen een veilige gehechtheidsrelatie met zijn ouders opbouwt (van IJzendoorn & Juffer, 2006; van Den Dries, Juffer, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009; van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). Het gaat hierbij om kinderen tussen één [10] en twaalf jaar oud. Veilig gehechte kinderen onderscheiden zich van onveilig gehechte kinderen door het vertrouwen in zichzelf en in de anderen om hen heen.

38% van alle gezonde, thuiswonende kinderen is onveilig gehecht aan hun ouder. Deze kinderen hebben veel minder of helemaal geen vertrouwen in zichzelf en in anderen. In veel gevallen zal die onveilige gehechtheidsrelatie niet meteen problematisch zijn. Het kind verkeert, door de onveilige gehechtheidsrepresentatie, in een minder gunstige uitgangspositie wat betreft de sociaal-emotionele ontwikkeling. Maar het gros van de kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie wordt volwassen zonder dat hulp van buitenaf nodig is.

Binnen de groep 'onveilig gehechte' kinderen zijn diverse 'types' (subgroepen) te onderscheiden. De kinderen in deze subgroepen verschillen in hun reactie op stressvolle omstandigheden. Kenmerkend blijft het gebrek aan vertrouwen in hun directe ouders.

Binnen de onveilige groep worden de volgende categorieën onderscheiden.

- Ongeveer 15% van alle kinderen behoort tot de *vermijdend gehechte* groep. Kinderen met een vermijdende gehechtheid hebben geleerd dat ze geen beroep op een ander moeten doen bij spanning of verdriet. Ze houden liever afstand in sociale contacten.

- Ongeveer 9% van alle kinderen heeft een *ambivalente of afwerende gehechtheidsrelatie met hun ouder.* Deze kinderen zijn onzeker door het sterk wisselende, inconsistente gedrag van hun ouder. Ze zijn voortdurend bezig met nabijheid zoeken, zijn soms erg aanhankelijk, passief of boos. Ze missen het zelfvertrouwen van een veilig gehecht kind.

- Ongeveer 15% van alle kinderen in een normale populatie tussen een en twaalf jaar oud heeft een *gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie* (Main & Solomon, 1990).

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

Kinderen met een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie weten niet hoe ze met gehechtheid moeten omgaan. Voor hen is de gehechtheidsfiguur zowel een bron van steun als van angst. Deze groep kinderen is het meest problematisch.

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

- Ruim driekwart (tachtig 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).

- Dertig procent van de kinderen die na hun eerste 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 eerste 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 dertig procent van de jeugdigen die opgroeien in een pleeggezin heeft een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie met de pleegouders[11] (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 dertig tot veeρtig 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 tachtig 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.

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

In een Nederlands onderzoek onder jongeren die in een residentiële setting verblijven, bleek dat slechts zeven procent een veilige gehechtheidsrelatie had met de groepsleider/mentor (Zegers, Schuengel, van IJzendoorn en Janssens, 2006). In dit onderzoek bleek dat het onveilig werkmodel van de mentor samenhing met een verminderde sensitieve, flexibele gedragsstijl 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-5 (maar ook niet voor de DSM IV) zijn geen Nederlandse cijfers beschikbaar. Op basis van internationale cijfers wordt geschat dat de stoornis bij één procent van de bevolking voorkomt (Richters & Volkmar, 1994). Het gaat hierbij overigens wel om een schatting gebaseerd op de DSM III-R classificatie. 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.

2.3 Conclusies

1. Problematische gehechtheidsrelaties komen vaker voor bij jeugdigen die...
   - opgroeien in gezinnen waarin sprake is van mishandeling, verwaarlozing of huiselijk geweld; (niveau C)
   - na hun eerste verjaardag zijn geadopteerd of opgroeien in een pleeggezin; (niveau B)
   - opgroeien in een leefgroep of tehuis; (niveau C)
   - opgroeien in een gezin waarvan één of beide ouders psychiatrische problemen heeft; (niveau C)
   - een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking hebben. (niveau C)

2. Een reactieve hechtingsstoornis komt bij ongeveer één procent van de bevolking voor volgens een schatting gebaseerd op de DSM III-R classificatie (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. (niveau C).

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.

Uit meerdere meta-analyses komt naar voren dat *depressie* bij de moeder een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van problemen in de gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind (Atkinson, Pagliaa, Coolbear, Niccols, Parker, & Gugerd, 2010; Martins & Gaffan, 2000). Een depressie bij de moeder is een risicofactor doordat de moeder als gevolg van de depressieve gevoelens onvoldoende in staat is om de signalen van het kind op te pikken en te reageren op de behoeften van de baby. Moeders met een depressie zijn doorgaans veel minder sensitief, praten minder met het kind, laten hun emoties minder zien en zijn ook soms niet beschikbaar voor hun kind.

Naast depressie kunnen ook andere psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek bij de opvoeder een obstakel zijn in de vorming van een veilige band met het kind. Tenslotte is bekend dat het voor moeders van belang is dat zij vertrouwen hebben in hun eigen kwaliteit als opvoeder. Onderzoek liet zien dat opvoedingsonzekerheid en opvoedingsspanning een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie (Atkinson et al., 2000; Diener, Nievar, & Wright, 2003).

Hughes & Baylin (2012) tonen aan dat op neurobiologisch niveau er sprake kan zijn van ‘geblokkeerd ouderschap’. Dit houdt in dat de systemen in de hersenen die ervoor zorgen dat ouders sensitief en responsief kunnen reageren, plezier beleven aan het opvoeden en hun eigen behoeften kunnen uitstellen om zo hun kind beter te ondersteunen in specifieke situaties het af

kunnen laten weten. Hierdoor raakt ouderlijk handelen geblokkeerd met als gevolg dat het kind geen respons krijgt als het contact, troost of steun zoekt. De blokkade kan chronisch, acuut, kind of fase specifiek zijn.

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.*

2. Kenmerken van het jonge kind

Er zijn verschillende risicofactoren voor het ontstaan van problematische gehechtheid op het niveau van het kind. Denk aan vroeggeboorte (prematuriteit en/of dysmaturiteit), een verstandelijke of lichamelijke beperking, ernstige ontwikkelingsproblematiek, of moeilijk, prikkelbaar temperament. Dergelijke kind-kenmerken hebben doorgaans een indirect effect op de vorming van gehechtheid: de aanwezigheid van beperkingen bij het kind maken het voor opvoeders moeilijker om consequent sensitief te reageren op signalen van het kind. Twee kind-kenmerken bespreken we hieronder iets uitgebreider.

Te vroeg geboren kinderen lopen een groter risico op een onveilige gehechtheidsrelatie. Door de vroeggeboorte zijn zij vaak in de eerste periode van hun leven niet in staat om hun ouders duidelijke signalen over hun behoeften te geven. Daardoor is de kans groter dat ouders minder sensitief en eerder verstorend reageren op signalen van hun kinderen. Ravna, Smithc, Smebye, Kynoea, Sandvikf, & Lindemanna (2011) onderzochten de effecten van een interventie bij moeders van te vroeg geboren baby's. Het doel van de interventie was om moeders te helpen sensitief en responsief te reageren op de signalen van hun baby. De interventie bestond uit elf sessies, waarvan zeven uitgevoerd werden in de laatste week dat het kind in het ziekenhuis verbleef en vier in de daaropvolgende drie maanden. De interventie bleek een positief effect te hebben op de sensitiviteit en responsiviteit van moeders. De effecten waren het grootst bij moeders in de interventiegroep waarvan het de eerste baby was. Deze moeders reageerden een jaar na de geboorte van hun kind sensitiever en responsiever en verstoorden de initiatieven van hun kind minder dan moeders die al eerder een kind kregen. Bovendien hadden de baby's van deze moeders een positievere stemming en waren enthousiaster tijdens de spelobservatie.

Kinderen met moeilijk temperament

Al vanaf de geboorte zijn er duidelijke verschillen te zien in het temperament van kinderen. Sommige kinderen zijn 'gemakkelijk' in de omgang: zij passen zich snel aan nieuwe situaties, reageren positief op prikkels en hebben een regelmatig ritme en zijn redelijk opgewekt. Dit zijn vaak ook kinderen die al snel een regelmatig slaapwaakritme hebben en met smaak nieuw eten proeven. Andere baby's zijn vanaf het begin moeilijk: ze schrikken snel van nieuwe gezichten en indrukken; ze zijn vaak ook niet zo gemakkelijk te kalmeren. Kinderen met een moeilijk

temperament lopen een groter risico op problemen met de gehechtheid, wanneer ouders niet adequaat weten te reageren op de signalen van hun kind (Kohnstamm, 1993).

Cassidy, Woodhouse, Sherman, Stupica, & Lejuez (2011) onderzochten de effecten van een interventie voor baby's met een moeilijk temperament. Moeders kregen een interventie die bedoeld was om hun sensitiviteit te vergroten door hen te leren hun kind te observeren en zijn behoeften te begrijpen en vervolgens daar sensitief op te reageren. De interventie bestond uit vier sessies. De hulpverlener gebruikte videobeelden van moeder en kind om de moeder inzicht in het gedrag van de baby en zichzelf te krijgen. Moeders in de controlegroep kregen algemene voorlichting over relevante onderwerpen. De onderzoekers vergeleken baby's met een zeer moeilijk temperament met baby's die in mindere mate een moeilijk temperament hadden. Gebleken is dat kinderen met een zeer moeilijk temperament meer gebaat waren bij de interventie dan kinderen met een minder moeilijk temperament. Kinderen met een minder moeilijk temperament hadden nauwelijks baat bij de interventie. Baby's met een zeer moeilijk temperament van veilig gehechte moeders en afwijzende moeders hadden meer profijt van de interventie dan baby's met een matig moeilijk temperament. Dit gold echter niet voor moeders die moeite hebben om hun baby de ruimte te geven en op onderzoek uit te laten gaan, maar die onderzoekend gedrag van hun kind interpreteren als afwijzing en liever hebben dat hun kind hun nabijheid zoekt of hen nodig heeft voor troost of geborgenheid. Bij deze moeders had de interventie meer effect bij baby's die een matig moeilijk temperament hadden.

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, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & van Berckelaer-Onnes, 2004; Wijnroks, Janssen, Epskamp, Kloosterman, Mispelblom Beyer, & Storsbergen, 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.

Maar 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 (Beckwith, Rozga, & Sigman, 2003; Didden, 2006).

In het algemeen geldt overigens wel 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 (Richter, 2002; 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

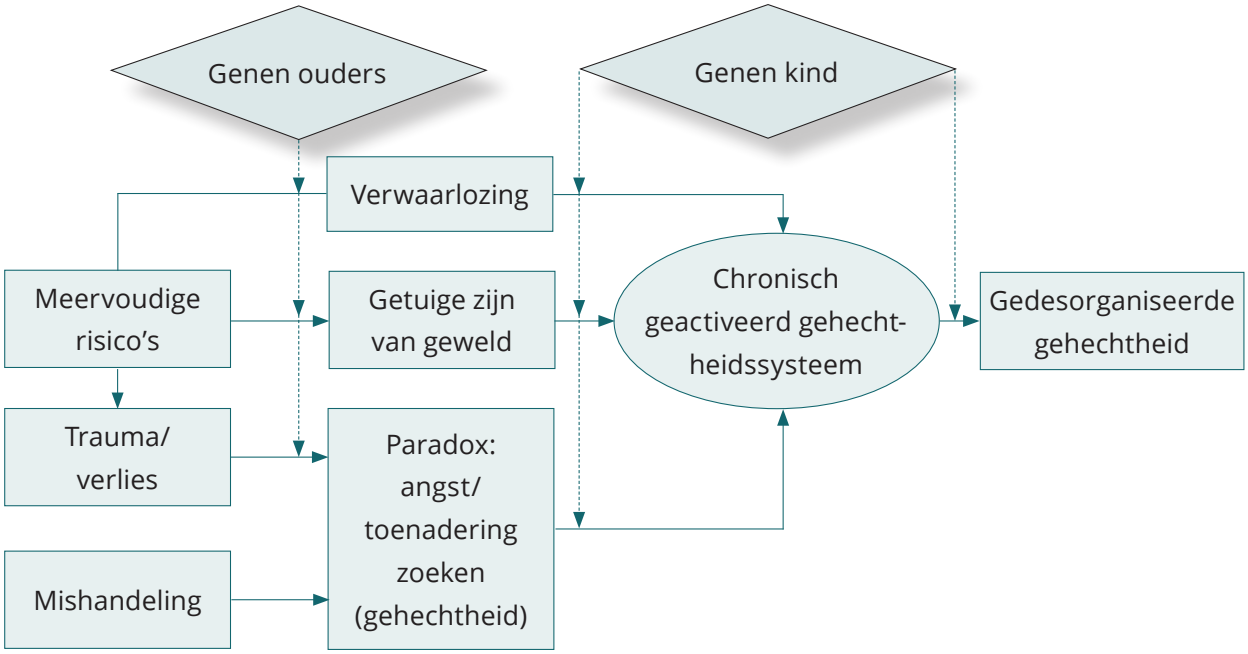
Van kindermishandeling is gebleken dat het een grote invloed heeft op gehechtheid. In gezinnen waar sprake is van mishandeling, raakt het kind verzeild in een onoplosbare paradox ('angst zonder oplossing', van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010): hun gehechtheidsfiguur en bron van troost en veiligheid is tegelijk bedreigend en een bron van angst (Hesse & Main, 2006). Onderzoek laat zien dat onveilige en gedesorganiseerde gehechtheid meer voorkomt in groepen mishandelde kinderen dan in groepen met vergelijkbare risico's, waarin de kinderen niet mishandeld werden (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010). Mishandeling vormt dus een groot risico voor het ontwikkelen van problematische gehechtheid. Verschillende andere gezins-kenmerken kunnen van invloed zijn op de gehechtheidsrelatie tussen een opvoeder en een kind. Het gaat onder meer om relatieproblematiek tussen opvoeders, financiële problemen of een gebrek aan regelmaat en structuur in het gezin.

Vaak komen dergelijke factoren samen in gezinnen met een lagere sociaal-economische status (Van IJzendoorn, 2008). Onderzoekers Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn (2010) deden zeer recent onderzoek naar de invloed van mishandeling en een combinatie van andere risicofactoren (armoede, alleenstaand ouderschap, en etnische minderheid) op gehechtheid. De resultaten van hun meta-analyse bevestigde de sterke negatieve impact van mishandeling op veiligheid en desorganisatie van gehechtheid: mishandelde kinderen waren minder veilig en meer gedesorganiseerd gehecht dan andere hoog-risico kinderen. Echter, wanneer sprake was van opeenstapeling van sociaal-economisch risico (5 risico's) dan liepen betreffende kinderen hetzelfde risico op meer gedesorganiseerde gehechtheid.

Tot nu toe hebben we gefocust op risicofactoren die – blijkens onderzoeksgegevens – kunnen leiden tot de ontwikkeling van een problematische gehechtheidsrelatie. Zoals in hoofdstuk 1 werd aangegeven, is deze noemer van 'problematische gehechtheid' breed: zowel een onveilige gehechtheidsrelatie als een hechtingsstoornis vallen eronder. Binnen deze brede groep onderscheiden een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. Een dergelijke relatie is zorgwekkend: jeugdigen met een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie beschikken niet over een duidelijke strategie hoe ze met emoties rond gehechtheid moeten omgaan. Deze groep is ook het meest gevoelig voor het ontwikkelen van psychopathologie. Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg (2010) beschrijven vier ontwikkelingspaden die leiden naar gedesorganiseerde gehechtheid: 1) mishandeling, 2) verwaarlozing, 3) getuige zijn van huiselijk geweld en, tenslotte: 4) de aanwezigheid van meerdere risicofactoren in de opvoedingscontext, zoals armoede, alleenstaand ouderschap, het 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. Ouders die hun kind mishandelen en/of verwaarlozen, roepen met hun gedrag direct angst op bij hun zoon of dochter. Maar

ook het getuige zijn van huiselijk geweld wanneer een jeugdige ziet dat zijn moeder wordt mishandeld door een ander en niet in staat is zichzelf daartegen te beschermen, roept dat ook angst op. 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, en dat kan weer leiden tot een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie (Cyr et al., 2010). Wat betreft echtelijke strijd en huiselijk geweld benadrukken van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg (2010) hoe dit tot problematische gehechtheid kan leiden wanneer een kind getuige is van geweld en ziet dat zijn of haar gehechtheidsfiguur niet in staat is zichzelf te beschermen tegen de partner. Hieronder wordt in Figuur 2 een padmodel weergegeven waarin de ontwikkeling van risicofactoren en mishandeling naar een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie visueel wordt weer gegeven.



Figuur 2. Het ontstaan van een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie (Cyr et al., 2010).

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

Voor het ontstaan van een veilige, niet-problematische gehechtheidsrelatie is continuïteit in het contact tussen ouder en kind van belang. Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg (2010) beschrijven hoe een chaotische leef- en opvoedingsomgeving kan leiden tot verwaarlozing van de gehechtheidsbehoeften van de kinderen.

> "Het terugtrekken van de ouders uit de interactie met hun kinderen vanwege dringende zorgen op andere gebieden van hun leven (zorgen rond inkomen, werkloosheid, discriminatie, huisvestingsproblemen [zie ook onder c.]) schept een chronische hyperactiviering van het gehechtheidssysteem in het kind, dat niet weet tot wie het zich kan wenden voor troost." (zie ook het padmodel van Cyr et al., 2010)

Wanneer jonge kinderen vaak en veel te maken hebben met wisselingen van opvoeders, bemoeilijkt dit het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie. Het was juist de negatieve invloed die een scheiding van de opvoeder had op kinderen bij opname in het ziekenhuis of in kindertehuizen, die zo'n indruk maakte op John Bowlby.

Uit een recente meta-analyse (van Dries, Juffer, van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2009) bleek dat adoptie na de eerste verjaardag leidde tot meer onveilige gehechtheid. Bovendien was vaker sprake van gedesorganiseerde gehechtheid (30%, in tegenstelling tot 15% in normgroepen). Echter, bij adoptie voor het eerste levensjaar was de veiligheid van de gehechtheidsrelaties vergelijkbaar met die bij niet-geadopteerde kinderen. Verondersteld wordt dat adoptie op latere leeftijd (na het eerste levensjaar) tot meer onveilige gehechtheid leidt, omdat rond de eerste verjaardag het verwerven van basisvertrouwen een belangrijke ontwikkelingsopgave is (Sroufe et al., 2005).Wanneer die ontwikkelingsopgave niet voltooid wordt in het eerste jaar, speelt dat door in het verdere leven. De nieuwe gehechtheidsrelaties die het kind opbouwt na de eerste verjaardag kunnen blijkbaar niet op een 'schoon blad' beschreven worden (van IJzendoorm, 2008).

Ander onderzoek laat zien dat het geremde patroon van een reactieve hechtingsstoornis zelden blijft voortbestaan bij kinderen die aanvankelijk in een instelling zijn opgegroeid en daarna worden geadopteerd in een gezin (Chisholm, 1998; O'Connor, Bredenkamp, & Rutter 1999). Wel blijft een minderheid van geadopteerde, geïnstitutionaliseerde kinderen kritiekloze vriendelijkheid vertonen, ook nadat ze al jarenlang in een adoptiegezin wonen en een band opgebouwd hebben met hun adoptie-ouders (Boris & Zeanah, 2005).

Concluderend: een deel van de kinderen die een voorgeschiedenis hebben van ernstige verwaarlozing of in een instelling zijn opgegroeid, blijven tekenen van problematische gehechtheid vertonen. De gehechtheidsrelaties van kinderen die uit instellingen afkomstig zijn, blijkt meer dan gemiddeld vaak atypisch, onveilig en/of gedesorganiseerd te zijn (Chisholm, 1998; O'Connor & McCartney, 2007).

3.2 Kan een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie worden hersteld?

Een meta-analyse door Bakermans-Kranenburg (2005) laat zien dat een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie kan veranderen door interventies die gericht zijn op het bevorderen van sensitiviteit van de ouders. Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn (2003) vatten in een meta-analyse het effect samen van interventies op het bevorderen van sensitiviteit en gehechtheid, waarmee ze de notie van de causaliteit tussen sensitiviteit en gehechtheid ondersteunden.

Ook in zeer risicovolle omstandigheden, zoals arme gezinnen waar mishandeling aan de orde is (geweest), blijken moeders en kinderen te kunnen profiteren van een interventie. Cicchetti, Rogosch, & Toth (2006) deden onderzoek naar een interventie in gezinnen waar mishandeling speelde. De moeders in de mishandelende gezinnen hadden vaker te maken gekregen met mishandeling en verwaarlozing in hun eigen jeugd, vaker een onveilige gehechtheidsrelatie met hun eigen moeder, meer opvoedingsstress, minder steun in de familie, en waren minder

sensitief in vergelijking met moeders uit gezinnen waarin geen sprake was van mishandeling. Ook waren de kinderen uit de mishandelde gezinnen waren vaker gedesorganiseerd gehecht. Na interventie steeg het aantal kinderen uit de mishandelde groep met een eer veilige gehechtheidsrelatie. Ook in een studie van Cooper, Tomlinson, Swartz, Landman, Molteno, & Murray (2009) in een sloppenwijk in Zuid-Afrika werd een positief resultaat gevonden van een opvoedingsinterventie op de moeder-kind relatie en andere factoren die positieve ontwikkeling bevorderen.

Tenslotte, ook in adoptiegezinnen, zo bewezen Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendorrn (2005) is het mogelijk om door middel van interventie (video feedback en boek) sensitiviteit van adoptiemoeders te verbeteren en het risico op gedesorganiseerde gehechtheid te verlagen. In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op de beschikbare interventies.

3.3 Conclusies en aanbevelingen

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 (niveau C);
b. het kind: moeilijk temperament, vroeggeboorte, ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis, verstandelijke beperking (niveau C);
c. de gezins- en leefomstandigheden waaronder het kind opgroeit: mishandeling, verwaarlozing, opeenstapeling van sociaaleconomische risico's zoals armoede, slechte huisvesting, en werkloosheid (niveau C);
d. onvoldoende stabiliteit of continuïteit van het ouder-kindcontact (niveau C).
   Vaak is het een combinatie van deze factoren die maakt dat de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind onvoldoende tot stand komt.

Aanbevelingen

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.
   - 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

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van instrumenten en hulpmiddelen die beschikbaar zijn om een problematische gehechtheidsrelatie te onderzoeken in de breedste zin van het woord. In paragraaf 2 staan twee Amerikaanse richtlijnen centraal die in de eerste plaats bestemd zijn voor professionals in de klinische praktijk: klinisch psychologen en kinderpsychiaters die diagnostisch onderzoek doen bij kinderen met (vermeende) gehechtheidsproblemen, en een behandeling of interventie inzetten. Hoewel deze richtlijn niet bestemd is voor de klinische setting maar voor de jeugdhulp, kunnen we zeker waardevolle aanbevelingen overnemen uit beide Amerikaanse richtlijnen.

Vervolgens komen in paragraaf 3 enkele instrumenten aan de orde die uitsluitend geschikt zijn voor wetenschappelijk onderzoek, zoals bijvoorbeeld de Vreemde Situatie Procedure. Het wetenschappelijk onderzoek naar gehechtheidsrelaties bij kinderen en volwassenen heeft een hoge vlucht genomen vanaf de jaren 80 van de vorige eeuw. Een breed scala aan instrumenten is ontwikkeld waarmee de kwaliteit van gehechtheidsrelaties van groepen kinderen of volwassenen vastgesteld kan worden. We bespreken in paragraaf 3 alleen die instrumenten die een goede betrouwbaarheid en validiteit hebben voor wetenschappelijk onderzoek. Toch blijft dan ook gelden dat deze instrumenten *niet geschikt* zijn om gehechtheid bij individuele kinderen of volwassenen te onderzoeken (zie ook Byrne, O'Connor, Marvin, & Whelan, 2005), omdat de betrouwbaar en validiteit ervan voor individuele gevallen onvoldoende onderzocht zijn.

Diagnostisch onderzoek naar problematische gehechtheid is voorbehouden aan professionals die een grondige kennis van de gehechtheidstheorie hebben en die getraind zijn in algemene diagnostische vaardigheden. In de regel zal dit GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, of een orthopedagoog-generalist zijn. Dat betekent niet dat professionals in de jeugdhulp niks kunnen doen aan het signaleren van problematische gehechtheidsrelaties.

4.2 Internationale richtlijnen

In het algemeen is voorzichtigheid en zorgvuldigheid geboden om over- en onderdiagnostiek te voorkomen van gehechtheidsproblemen. De APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems (Chaffin, Hanson, Saunders, Nichols, Barnett, & Miller-Perrin, 2006) geeft 9 aanbevelingen voor diagnostiek van een problematische gehechtheid, die we hier kort willen vermelden:

1. Let op gedragspatronen van de jeugdige over een langere tijdsperiode; bedenk dat huidige gedrag ook een aanpassing kan zijn aan nieuwe of stressvolle omstandigheden.
2. Houdt rekening met culturele kwesties, zeker bij internationale adoptie. Gedrag wat in de ene cultuur normaal is, kan in de andere afwijkend zijn.
3. Diagnostiek moet betrekking hebben op meerdere voorbeelden van interacties in verschillende situaties (thuis, school, leeftijdsgenoten).
4. Pas er voor op niet-specifieke gedragingen toe te schrijven aan gehechtheidsproblemen, zoals agressie.
5. Denk aan een goede differentiaaldiagnostiek, die gebaseerd is op recente kennis uit de ontwikkelingspsychologie en psychopathologie.
6. Omdat een hechtingsstoornis zeer zelden voorkomt, moet eerst gedacht worden aan meer

algemeen voorkomende stoornissen, zoals ADHD om verkeerde diagnoses te voorkomen. "*When you hear hoof beats think horses, not zebras*".

7. Onderzoek niet alleen de jeugdige, maar ook factoren bij de ouders.
8. Denk aan andere mogelijke verklaringen van het gedrag, zoals specifieke omstandigheden, ASS of genetische syndromen. Bijvoorbeeld: bij het Williams Syndroom (Dykens, 2003) zijn er aanwijzingen dat niet-discriminerend gedrag naar onbekenden vaker voorkomt , zonder dat er sprake is van pathogene zorg. Bij kinderen met het foetale alcoholsyndroom moet ook gekeken worden naar de postnatale omstandigheden en kan niet al het gedrag verklaard worden door de prenatale blootstelling aan alcohol (Zeanah, 2012).
9. Pathogene (ziekmakende) zorg, trauma, het zijn van een adoptie/pleegkind of wonen in een instituut is geen voldoende verklaring voor een problematische gehechtheid. Er zijn kinderen die zoveel veerkracht hebben, dat ze geen gehechtheidsprobleem ontwikkelen. Bedenk dat een hechtingsstoornis zelden voorkomt.

De ACAAP: een Amerikaanse praktijkrichtlijn voor diagnostiek van en behandeling van hechtingsstoornissen (Boris & Zeanah, 2005)

In 2005 heeft de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Boris & Zeanah, 2005) een praktijkrichtlijn uitgebracht bestemd voor de klinische praktijkinstellingen waar jonge kinderen met hechtingsstoornissen behandeld worden: "*Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood*" van de AACAP. De praktijk richtlijn is opgesteld door een groot aantal Amerikaanse wetenschappers en clinici. Vanuit Nederland is Carlo Schuengel, hoogleraar orthopedagogiek aan de VU, betrokken geweest bij de opstelling van de praktijk richtlijn.

De belangrijkste aanbeveling uit deze richtlijn voor de diagnostische procedure is dat de interacties tussen het kind en zijn of haar primaire verzorgers altijd direct geobserveerd moet worden. Als voornaamste onderzoeksmiddel wordt hierbij een gestructureerde, van de VSP afgeleide observatieprocedure aanbevolen om te gebruiken in de klinische praktijk: de Klinische Observatie van Gehechtheid (COA). Deze klinische observatieprocedure wordt net zoals de Vreemde Situatieprocedure afgenomen op het instituut. Ouder, kind en een voor het kind relatieve onbekende volwassene verblijven in een ruimte waar video-opnames gemaakt kunnen worden. De procedure is als volgt:

- De ouder verlaat de ruimte waarin de kind is en komt weer terug.
- De ouder en kind werken samen aan een licht stressvolle taak, bijvoorbeeld een puzzel die te moeilijk voor het kind is.
- Het gedrag van het kind met een onbekende volwassene wordt geobserveerd.
- Het gehechtheidsgedrag tussen het kind en de vertrouwde gehechtheidsfiguur versus dat tussen het kind en de diagnosticus/onbekende volwassene wordt onderzocht.
- De observatieprocedure wordt beoordeeld met behulp van de *Lijst Signalen Verstoord Gehechtheidsgedrag*

Naast deze klinische procedure, beveelt de ACAAP aan om de volgende activiteiten uit te voeren bij het diagnostisch onderzoek van gehechtheidsproblemen:

- In kaart brengen van de gehechtheidsgeschiedenis van het kind met de primaire verzorgers

en het uitvragen van het ontwikkelingsverloop van de gehechtheid tot nu toe.
- Vaststellen van de uitgebreide voorgeschiedenis van de vroege opvoedingsomgeving, gebaseerd op verschillende bronnen; voor de diagnose 'hechtingsstoornis' is het van belang onderzoek te doen naar mogelijke pathogene zorg of wisseling van opvoeders.
- Onderzoeken of de huidige situatie voor het kind veilig genoeg is en zo nodig maatregelen treffen; vermoedens van vroegere of actuele pathogene zorg melden bij AMK/Bureau Jeugd-zorg. Kinderen met een voorgeschiedenis van pathogene zorg en negatief gedrag zijn bijzonder kwetsbaar voor hertraumatisering.

Ten slotte gelden de volgende aandachtspunten volgens de AACAP:
- Kinderen met een voorgeschiedenis van pathogene ('ziekmakende') zorg zijn kwetsbaar voor een ontwikkelingsachterstand, taal- of spraakstoornis en niet behandelde medische klachten. Als hier aanwijzingen voor zijn, dient verder (psycho)diagnostisch en medisch onderzoek plaats te vinden.
- Hoewel de diagnose 'hechtingsstoornis' gebaseerd wordt op het gedrag van het kind, is het voor de behandeling van belang om de houding en verwachtingen van de ouder naar het kind te onderzoeken. Is er sprake van een 'goodness of fit' tussen ouder en kind of zijn er in het verhaal aanwijzingen voor een verstoring?
- Bij het onderzoek naar een hechtingsstoornis wordt de gebruikelijke werkwijze van diagnostisch onderzoek bij jonge kinderen gevolgd, zoals beschreven in de *Practice parameter for psychiatric assessment of infants and toddlers* (0-36 months) van de AACAP (1997).
- Criteria om de diagnose 'hechtingsstoornis' bij oudere kinderen te stellen, zijn nog niet goed ontwikkeld. Als er gedetailleerde gegevens zijn over het vroege hechtingsgedrag geeft dit aanknopingspunten. Vaak, bijvoorbeeld bij adoptie, is deze informatie niet of beperkt aanwezig. Een vraag is ook hoe men gehechtheidsgedrag zoals nabijheid zoeken bij een twaalfjarige moet vaststellen. Agressief en oppositioneel gedrag bij jeugdigen boven de 12 jaar, mag niet als signaal van verstoord gehechtheidsgedrag worden geïnterpreteerd.

4.3 Wetenschappelijke instrumenten om gehechtheid te meten

Het observeren en beoordelen van een problematische gehechtheid vereist veel ervaring en training en moet qua complexiteit niet onderschat worden. Diagnostici moeten leren relevant gehechtheidsgedrag te onderscheiden in de relatie tussen ouder en jeugdige en ook de interne processen, zoals het interne werkmodel en het reflectieve vermogen van de ouder (en het schoolkind) beoordelen. Tevens moeten ze zicht hebben op de psychopathologie, die zich kan ontwikkelen bij een problematische gehechtheid en de mogelijkheden van herstel kunnen aangeven (zie interventies). Het wordt dan ook aanbevolen zich te bekwamen in de afname en scoring van betrouwbare en valide onderzoeksinstrumenten.

Voor het bepalen van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie (veilig, onveilig- ambivalent, onveilig-vermijdend, gedesorganiseerd) zijn verschillende onderzoeksinstrumenten ontwikkeld die in de eerste plaats bedoeld zijn om toe te passen in wetenschappelijk onderzoek (zie van IJzendoorn, 1994; Stor & Storsbergen, 2006). Deze onderzoeksinstrumenten zijn niet geschikt voor individuele toepassing ervan in de klinische praktijk (Juffer, 2010). We bespreken ze hier wel omdat de instrumenten een belangrijke rol spelen in het denken over verschillende typen gehechtheidsrelaties.

Het gaat om de volgende instrumenten:

- *Vreemde Situatie Procedure* (VSP; Ainworth, Blehar, Waters & Wall, 1978)ouder-kindobservatie in een onbekende ruimte met een vreemde onderzoeker. Het gaat hierbij met name om de reactie van het jonge kind tot vijf jaar op scheiding en hereniging met de ouder/verzorger en de reactie op de vreemde volwassene.
- *Attachment Q-Sort (*AQS; Waters & Deane, 1985; van IJzendoorn, Vereijken, Bakermans-Kranenburg, & Riksen-Walraven, 2004) een sorteertechniek om de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie te meten bij kinderen tot vijf jaar. *Attachment Story Completion Test* (ASCT; Zevalkink, 2005) ook bekend als Story Stem: test met gehechtheidsgerelateerde verhalen voor schoolkinderen (4-12 jaar) die het interne werkmodel van het kind weergeeft.
- *Gehechtheidsbiografisch Interview* (GBI; Main & Solomon, 1990; George, Kaplan, & Main, 2001; Beijersbergen, 2008) ook wel aangeduid als het Adult Attachment Interview (AAI) is een semi-gestructureerd interview waarmee het intern werkmodel van de adolescent (vanaf circa 14 jaar) of volwassene in kaart gebracht wordt.

Deze vier instrumenten worden hieronder kort toegelicht.

* ***De Vreemde Situatie Procedure,*** (VSP) is een gestandaardiseerde observatieprocedure van ongeveer twintig minuten met verschillende episoden waarin de binnenkomst van een onbekende persoon en twee korte scheidingen van de ouder plaatsvinden. Vooral het gedrag tijdens de hereniging met de ouder is van belang voor het beoordelen van de gehechtheidskwaliteit als veilig, onveilig of gedesorganiseerd (Ainworth et al., 1978). Veilig gehechte kinderen zoeken contact of lichamelijke nabijheid als zij bijvoorbeeld na een korte scheiding weer met hun ouder herenigd worden. Door de scheiding kunnen ze van streek zijn geraakt (al hoeft dat niet per se), maar bij de terugkeer van de ouder kunnen ze door de ouder gerustgesteld worden en na een tijdje hun spel weer opvatten (Ainsworth et al., 1978).

Onveilig-vermijdend gehechte kinderen zijn vooral gericht op het exploreren met speelgoed en lijken weinig geruststelling nodig te hebben in een spannende situatie. Een vermijdend kind negeert of vermijdt de ouder na een scheiding en toont geen actieve toenadering of contact om de spanning te verlichten. Een vermijdend gehecht kind lijkt de spanning te onderdrukken, ten koste van zichzelf omdat de stress niet verlicht wordt (Juffer, 2010*).*

Onveilig- ambivalent gehechte kinderen zijn vooral gericht op het krijgen van geruststelling van de ouder en hebben juist moeite met het (gaan) exploreren. Al voor een scheiding maar zeker daarna, zoeken zij nadrukkelijk de nabijheid en de aandacht van de ouder, door te protesteren, te huilen, zich vast te klampen en zich te verzetten. Na een korte scheiding kunnen deze kinderen niet echt gerustgesteld worden, ze blijven de aandacht en nabijheid van de ouder vragen, soms door zich boos te verzetten. Een ambivalent gehecht kind geeft vrij baan aan de stress die hij beleeft en hij lijkt er volledig door te worden bepaald en ook in dit geval wordt de stress niet adequaat verlicht (Ainsworth et al., 1978)

Onveilig gedesorganiseerd gehechte kinderen laten in de Vreemde Situatie Procedure – meestal kort en subtiel – gedrag zien dat niet rijmt met hun verdere gehechtheidsgedrag, zoals

tegenstrijdig gedrag zoals hard huilen tijdens de scheiding maar abrupt ophouden en zich van de ouder afkeren bij binnenkomst van de ouder of angstig gedrag zoals verstijven of verstarren zodra de ouder in zicht komt (Main & Solomon, 1990; Juffer 2010).

De Vreemde Situatie Procedure is in internationaal onderzoek een valide en betrouwbaar instrument gebleken. In de oorspronkelijke studie van Ainsworth (Ainsworth et al., 1978) was de overeenstemming tussen getrainde codeurs zeer hoog: tussen 85% en 95% op hoofdclassificatie (ABC) niveau. Latere studies waarbij getrainde codeurs ook de mate van desorganisatie geobserveerd werd, laten een overeenstemming zien die varieert van 80% tot 88% (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald; 1989; Salomon & George, 1999). De test-hertest betrouwbaarheid van de codering op hoofdclassificatie over een relatief korte periode (2 – 6 maanden) is over het algemeen hoog te noemen: percentage overeenstemming ligt in verschillende studies tussen 50% tot 96% (Salomon & George, 1999). De stabiliteit van gehechtheid op het niveau van de classificaties blijkt het hoogst te zijn in blanke, middenklasse gezinnen, terwijl de stabiliteit veel lager uitvalt in achtergestelde gezinnen (Belsky, Campbell, Cohn, & Moore, 1996). Ook over aan langere tijdsperiode blijkt de gehechtheidsrelatie relatief stabiel: uitgaande van het onderscheid tussen veilig en onveilige gehechtheidsrelaties, vinden we een hoge mate van overeenstemming (72-77%) tussen gehechtheid vastgesteld in de peutertijd en de uitkomst van het Gehechtheids Biografisch Interview (GBI) op 20 jarige leeftijd (George, Kaplan, & Main, 1996). De Vreemde Situatie procedure wordt voor het wetenschappelijk onderzoek naar gehechtheidsrelaties gezien als de gouden standaard (IJzendoorm & Bakermans-Kranenburg, 2010; Zeanah et al, 2010).

De ***Attachment Q Sort*** (AQS; Waters & Deane, 1985) is een observatiemethode die bij ouder en kind thuis kan worden uitgevoerd. De eveneens intensief getrainde codeur moet een serie kaartjes met uitspraken over gehechtheidsgedrag sorteren naar de mate waarin de uitspraak op het kaartje wel of niet van toepassing is op dit specifieke kind. De uitkomst van de uitspraken voor dit individuele kind wordt gelegd op een algemeen profiel van een veilig gehecht kind, waarna een score voor veilige gehechtheid wordt verkregen. Met de AQS kan geen gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie worden vastgesteld (van IJzendoorn et al., 2004). De betrouwbaarheid en validiteit van de Attachment Q Sort zijn vastgesteld in een reeks van meta-analyses waarbij meer dan 13.000 kinderen betrokken zijn (van IJzendoorn et al., 2004). De uitkomst van de AQS op het niveau van veilig-onveilig convergeert voldoende met de uitkomst van de Vreemde Situatie procedure (r = .31). Ook de predicatieve validiteit van de AQS bleek goed (r=.39; van IJzendoorn et al., 2004). De psychometrische kenmerken van de AQS zijn goed indien de beoordeling gedaan wordt door een getrainde observator. Wanneer ouders de sorteertaak uitvoeren, is de uitkomst niet valide en niet betrouwbaar (van IJzendoorn, 2010). Om die reden is ook deze techniek alleen geschikt voor wetenschappelijk onderzoek, en niet geschikt voor gebruik in de klinische praktijk (Juffer, 2010).

* Het ***GehechtheidsBiografisch Interview*** (GBI; George, Kaplan, & Main, 2001) bestaat uit achttien semi-gestructureerde vragen over de relatie met de ouders in de jeugd, ervaringen van zorg, afwijzing, verlies en separatie, misbruik en mishandeling, en de (veranderingen in de) huidige relatie met de ouders. Het interview kan worden afgenomen bij adolescenten vanaf

ongeveer 14 jaar. Voorwaarde Het interview wordt woordelijk uitgeschreven en vervolgens volgens een nauwkeurig omschreven methode (Main & Goldwyn, 1994) gescoord op zowel de inhoud van de ervaringen als op de representatie: hoe het verhaal wordt verteld is belangrijker dan wát wordt verteld.

Bij het beoordelen van het GBI is de wijze waarop de geïnterviewde over de eigen gehechtheidsservaringen spreekt een belangrijke indicator is voor het interne werkmodel, veel meer dan de feitelijke gebeurtenissen. Onderzocht wordt of de ouder coherent en begrijpelijk het verhaal kan vertellen, terwijl er tegelijkertijd emoties geactiveerd worden door te vragen naar herinneringen en gevoelens rond gehechtheid. Een volwassene die een autonoom, veilig werkmodel van gehechtheid heeft, kan zowel positieve als negatieve gehechtheidservaringen hebben meegemaakt, maar in beide gevallen kan de persoon een coherent en evenwichtig beeld van de kindertijd schetsen zonder interne tegenstrijdigheden (van IJzendoorn, 1994). Volwassenen met een onveilig werkmodel van gehechtheid benadrukken ofwel hun onafhankelijkheid van anderen, ofwel geven er in het interview blijk van dat ze nog steeds boos, of verward door hun ervaringen uit de kindertijd. Onverwerkt verlies of onverwerkt ander trauma wordt in het GBI beoordeeld op basis van de wijze waarop de geïnterviewde erover spreekt. Van 'onverwerkt' is bijvoorbeeld sprake als de respondent het verlies of trauma in volle hevigheid herbeleeft tijdens het interview (George, Kaplan, & Main, 2001; van IJzendoorn & Bakermans, 2010). Bakermans-Kranenburg (1993) heeft vastgesteld dat de betrouwbaarheid en de validiteit van het GBI goed zijn. Beijersbergen (2008) onderzocht de validiteit van het interview bij jongeren en concludeert dat het GBI ook een valide meetinstrument is om gehechtheidsrepresentaties bij jongeren te meten.

Ook het GehechtheidsBiografisch Interview geldt op basis van internationaal wetenschappelijk onderzoek als Gouden Standaard voor het meten van gehechtheid, en kan ongeveer vanaf de leeftijd van 14 jaar betrouwbaar worden afgenomen. Voor kinderen in de basisschool leeftijd is er geen 'golden standard' omdat de ASCT matig betrouwbaar en valide is gebleken in wetenschappelijk onderzoek (Kerns & Richardson, 2005).

Zowel de Vreemde Situatie Procedure, als het Gehechtheidsbiografisch Interview vergen een lange, internationale training qua codering en interbeoordelaar-betrouwbaarheid. Op het NPI wordt een kortere training gegeven in afname en interpretatie van het GBI voor klinisch gebruik. Juffer (2010) waarschuwt voor het gebruik van de VSP en GBI in een individuele situatie, omdat er verkeerde conclusies getrokken kunnen worden door een fout-positieve of fout-negatieve beoordeling.

Concluderend, de Vreemde Situatie Procedure, de Attachment Q Sort, en het Gehechtheidsbiografisch Interview zijn in de eerste plaats ontwikkeld om te worden ingezet in wetenschappelijk onderzoek en kunnen niet ingezet worden in de klinische praktijk. De instrumenten zijn niet beoordeeld door COTAN.

4.4 Instrumenten die kunnen worden ingezet in de klinische praktijk

Enkele diagnostische instrumenten zijn komen 'bovendrijven' die wel geschikt lijken voor gebruik in de klinische praktijk. Overigens geldt ook voor deze instrumenten dat de professional voor de afname en correcte interpretatie van de uitkomsten goed op de hoogte moet zijn van de gehechtheidstheorie, en ook geschoold moet zijn in diagnostische vaardigheden. In de regel zal de professional een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, of een orthopedagoog-generalist zijn. In deze paragraven bespreken we enkele instrumenten die voornamelijk in klinische setting worden gebruikt.

Het gaat om de volgende instrumenten:

- *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 twee 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 vijf jaar, duurt ongeveer een uur duurt, 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.

In de volgende paragraaf beschrijven we drie van de hier genoemde instrumenten uitgebreid: de Lijst Signalen Verstoord gehechtheidsgedrag, de gestructureerde observatieprocedure (COA) en het Disturbances of Attachment Interview.

4.4.1 Klinische Observatie van Gehechtheid/Clinical Observation of Attachment (COA)

De *Klinische Observatie van Gehechtheid* (COA; Boris, Hinshaw-Fuselier, Smyke, Scheeringa, Heller, & Zeanah, 2004) wordt beschreven in de AACAP-richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van reactieve hechtingsstoornissen bij jonge kinderen tot ongeveer 5 jaar (Boris & Zeanah, 2005).

De COA is afgeleid van de Vreemde Situatie Procedure (Ainsworth et al., 1978). De Vreemde Situatie Procedure is bedoeld om gehechtheidsgedrag bij het jonge kind op te roepen door het aanbieden van een stressvolle situatie, namelijk: een vreemde omgeving, kennismaken met een onbekende persoon en twee kortdurende separaties van de opvoeder. In de COA zijn daar nog als stressvolle momenten aan toegevoegd: lichamelijk contact met de onbekende onderzoeker

en het aanbieden van licht angstopwekkend speelgoed. Een ander verschil is de wijze van scoring: de 'vreemde situatie' wordt beoordeeld op basis van de vier gehechtheidsclassificaties (veilig, onveilig-vermijdend, onveilig-ambivalent en onveilig-gedesorganiseerd). De COA wordt beoordeeld op basis van de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* bij jonge kinderen (Boris & Zeanah, 2005), die verderop in deze paragraaf besproken zal worden. Bij elke episode wordt omschreven wat aangepast, normaal gehechtheidsgedrag is. De COA is ontwikkeld voor jonge kinderen en is in het kader van dit onderzoek experimenteel aangepast voor oudere kinderen.

Doel en inhoud van de COA

Het doel van deze klinische observatie is om gehechtheidsgedrag bij het kind te ontlokken en dit te vergelijken in verschillende relaties, namelijk die met de ouder en met een onbekende volwassene (dat is in de regel de gedragswetenschapper). De basis van de diagnostiek van symptomen van de RHS is de relatie tussen het kind en de gehechtheidsfiguur. Het voordeel van de COA is dat dit diagnostisch instrument directe observatie mogelijk maakt van deze relatie in een onbekende omgeving. In de observatie wordt speciaal gelet op:

- de interactie tussen het kind en de ouder;
- de reactie van het kind bij scheiding en hereniging van de ouder en de onbekende volwassene;
- de reactie van het kind op een lichte stressvolle prikkel;
- de reactie van het kind op lichamelijke toenadering door de ouder en de onbekende volwassene.

Procedure van de COA

De afname duurt ongeveer 50 minuten en wordt op video opgenomen in een onbekende ruimte voor het kind, bij voorkeur met een oneway screen voor een observator. De diagnosticus is een onbekende persoon voor het kind. De ouder is van tevoren op de hoogte gebracht van de procedure en deelt dat niet mee aan het kind. De klinische observatie van gehechtheid bestaat uit verschillende episodes.

Scoring van de COA

De Vreemde Situatie Procedure stelt hoge eisen aan de betrouwbaarheid van de diagnosticus voor wat betreft het verwerken van de gegevens. De analyse moet uitgevoerd worden door een expert, die daarvoor een intensieve en internationaal aangeboden training gevolgd heeft om de analyse voldoende valide en betrouwbaar te laten zijn (Schuengel, 2008). Voor de diagnostische praktijk is dit niet haalbaar. Om deze reden is ervoor gekozen om bij de analyse van de COA gebruik te maken van de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* (Boris & Zeanah, 2005). Er moet minimaal één onafhankelijke beoordelaar zijn. Er wordt momenteel nader wetenschappelijk onderzoek verricht om de validiteit en betrouwbaarheid van de aldus verkregen gegevens bij oudere kinderen met een verstandelijke of meervoudige beperking verder te onderbouwen (Giltaij, Sterkenburg, & Schuengel, 2013).

Ervaringen en aanbevelingen met betrekking tot de COA

Voor de afname en scoring is een training vereist die gevolgd kan worden op de Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Orthopedagogiek. Om te kunnen scoren moet de diagnosticus de betekenis van de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* begrijpen en in het gedrag van het kind herkennen.

4.4.2 Disturbances of Attachment Interview (DAI; Smyke & Zeanah, 1999)

De DAI is een semi-gestructureerd interview (Smyke & Zeanah, 1999) dat wordt afgenomen door getrainde hulpverleners bij de ouders, die het kind goed kennen. Bij de afname wordt gevraagd naar concrete voorbeelden van gedrag. Er zijn specifieke subvragen opgesteld om meer informatie te verkrijgen, maar deze vragen zijn niet uitputtend. Hulpverleners kunnen zich dus vrij voelen om te zoeken naar aanvullingen.

Doel en inhoud van de DAI

Het doel is te onderzoeken of er bij het kind gedragssignalen aanwezig zijn die wijzen op een mogelijke hechtingsstoornis en zo ja, van welk subtype. De DAI bestaat uit twaalf vragen of items die verwijzen naar de indeling in typen hechtingsstoornissen van Zeanah, Boris, & Lieberman (2000) (met uitzondering van de verbroken gehechtheidsrelatie). Alle items zijn gebaseerd op empirisch onderzoek.

Zeanah , Boris en Lieberman (2000) onderscheiden de volgende twee 'typen' hechtingsstoornissen:

1. Geen gehechtheidsrelatie/ non-attachment (items 1-8):
- Emotioneel teruggetrokken, RHS: geremde type, inhibited (items 1-5);
- Ongedifferentieerd, RHS: ontremde type, disinhibited (items 1, 6-8).

2 Vertekening van de veilige basis / secure base distortion (items 9-12):
- zichzelf in gevaar brengen (item 9);
- extreme geremdheid door buitensporig vastklampen (item 10);
- overdreven aangepast, hyperwaakzaam (item 11);
- rolomkering (item 12).

Hierna wordt de kern van elke vraag aangegeven. Dit is overigens niet de letterlijke tekst van het interview. Vijf items hebben betrekking op de stoornis 'geen gehechtheidsrelatie/ non-attachment', van het emotioneel teruggetrokken type, namelijk:

1. Heeft het kind een voorkeur voor een specifieke volwassene?
2. Zoekt het kind troost of geruststelling bij deze specifieke ouder/verzorger?
3. Laat het kind zich troosten of geruststellen door de voorkeurspersoon?
4. Is er sprake van wederzijdse reacties met de vertrouwde ouder/verzorger?
5. Is er sprake van een goede emotieregulatie?

Vier items verwijzen naar het type 'geen hechting/ non-attachment' van het ongedifferentieerde subtype, namelijk:

6. Heeft het kind een voorkeur voor een specifieke volwassene?
7. Houdt het kind contact met de ouder in een onbekende omgeving of loopt het weg zonder doel?
8. Is het kind terughoudend naar onbekende volwassenen?
9. Is het kind niet bereid met relatief onbekenden mee te gaan?

Indien het kind bij item 1 wel een voorkeur heeft voor een speciale ouder, worden de drie items 6, 7 en 8 signalen van niet-discriminerend gedrag naar vreemden genoemd. Uit onderzoek van Zeanah & Gleason (2010) blijkt dat de twee hierboven genoemde subtypes van 'geen

gehechtheidsrelatie', eigenlijk twee verschillende stoornissen blijken te zijn. In deze lijn zijn de nieuwe inzichten in de concept-DSM-5 beschreven. Voor de 'vertekening van de veilige basis / secure base distortion' is nog onvoldoende empirisch bewijs. Vier items verwijzen tenslotte naar een verstoorde gehechtheidsrelatie ofwel een vertekening van de veilige basis (secure base distortion), wat betekent dat de gehechtheidsrelatie zelf voor het kind een bron van spanning en angst is, in plaats van een bron van troost en ontspanning:

10. Heeft het kind geen patroon van zelfbedreigend gedrag in aanwezigheid van een bepaalde ouder?
11. Vertoont het kind geen patroon van buitensporig vastklampen aan een bepaalde ouder in een onbekende omgeving?
12. Vertoont het kind geen patroon van angstig, geremd en hyperwaakzaam gedrag met een bepaalde ouder?
13. Vertoont het kind geen patroon van controlerend of ongepast rolgedrag wat duidt op buitensporige preoccupatie met het emotionele welzijn van een ouder?

Procedure van de DAI

Het interview duurt ongeveer een half uur en wordt op geluidsband opgenomen. Bij voorkeur wordt dat letterlijk uitgetypt. Er wordt in ieder geval een schriftelijk verslag gemaakt.

Scoring van de DAI

De scoring wordt gedaan na analyse van het schriftelijke verslag van de antwoorden.
In een tabel worden de scores ingevuld en opgeteld. Het uitwerken van het verslag duurt ongeveer een uur. Het individueel scoren duurt een halfuur plus een halfuur om tot consensus te komen met collega's.

Tabel 4.2 Scoring van de DAI

Elk item krijgt een score 0, 1 of 2.
Wanneer het antwoord onduidelijk is, wordt er geen score gegeven.
Met de scores wordt aangegeven:

0 = duidelijk: gedrag wijst niet op gedragskenmerk verstoorde gehechtheid;
1 = soms: gedrag wijst soms of enigszins op gedragskenmerk verstoorde gehechtheid;
2 = zelden of nooit: gedrag wijst sterk op gedragskenmerk verstoorde gehechtheid;
Lege cel = onduidelijk, niet te scoren antwoord;

Er is geen handleiding beschikbaar voor de DAI, waarbij een duidelijke normering gegeven wordt. Recent is onderzoek gedaan naar gehechtheidsgedrag van verschillende groepen kinderen met behulp van de DAI. Een belangrijk onderzoek is verricht door Zeanah (2004) bij jonge kinderen in pleeggezinnen met een voorgeschiedenis van pathogene zorg. Zeanah beschrijft vier clusters van gedragingen passend bij 'non-attachment/geen gehechtheid':

- cluster 1: kind heeft geen voorkeur voor een gehechtheidsfiguur. De gedragingen van het kind passen bij beide subtypen van 'geen gehechtheid'; het kind is emotioneel teruggetrokken en ongedifferentieerd;

- cluster 2: er zijn geen aanwijzingen voor een hechtingsstoornis;
- cluster 3: er is enige voorkeur voor een verzorger, maar er zijn aanwijzingen voor een hechtingsstoornis van het emotioneel teruggetrokken subtype;
- cluster 4*:* er is enige voorkeur voor een ouder of verzorger, maar er zijn aanwijzingen voor een hechtingsstoornis van het ongedifferentieerde subtype.

Uit dit onderzoek blijkt dat niet-discriminerend gedrag (DAI-items 6, 7, 8) tussen de ouder en relatief onbekenden nog lang kan voortbestaan ook als er een veilige gehechtheidsrelatie is opgebouwd. Verder blijkt dat bij sommige kinderen gedragingen voorkomen uit beide subtypen van 'geen gehechtheid'. Zeanah schrijft in bovengenoemd onderzoek niet over de typen van verstoorde gehechtheid ofwel de vertekening van de veilige basis. De onderzoekers van de DAI betwijfelen of de in vraag 12 van de DAI genoemde rolomkering wel een vorm van verstoorde gehechtheid is. Dit criterium is van de lijst van verstoorde gehechtheid afgevoerd (Schuengel & Sterkenburg, 2004). In het door ons gebruikte DAI-protocol wordt dit nog wel genoemd.

In een recent Nederlands onderzoek bij pleegkinderen (Oosterman & Schuengel, 2008) werden aanwijzingen gevonden dat alleen items met een score 2 indicatief zijn voor verstoorde gehechtheid. De lichte vormen (score 1) kúnnen duiden op verstoorde gehechtheid, maar ook op temperamentsverschillen, bijvoorbeeld geremdheid of juist sociaal zijn. In het onderzoek van Oosterman, Schuengel, Slot, Bullens, & Doreleijers (2007) bij kinderen uit pleeggezinnen was op itemniveau een bevinding dat item 4 (het kind reageert over en weer met vertrouwde verzorgers) niet meegeteld kan worden, omdat het onvoldoende betrouwbaar is.

Er zijn nog geen gegevens bekend van DAI-afnames bij jeugdigen met een visuele en/ of verstandelijke beperking. Voor de doelgroep kinderen tussen 5 en 11 jaar met een licht verstandelijke beperking die aangemeld zijn bij de kinderpsychiater vanwege psychische of gedragsproblematiek, wordt dit momenteel onderzocht (Giltaij et al., 2013).

Ervaringen en aanbevelingen met betrekking tot de DAI

Er kan een cursus gevolgd te worden voor de afname en scoring van de DAI. Deze wordt ontwikkeld door de Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Orthopedagogiek. Indien bij de scoring van de DAI een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van tenminste 80% is bereikt, kan de DAI zelfstandig worden gescoord. De gedragswetenschapper moet op de hoogte zijn van de theorie over de typen hechtingsstoornissen van Zeanah, Boris, & Lieberman (2000) en de tekst en achtergrond van de DAI precies kennen en begrijpen.

Ervaringen met betrekking tot de afname van de DAI

De DAI is een gebruiksvriendelijk instrument door de korte duur van de afname, de geringe belastbaarheid en de gerichte informatie die het oplevert. Het is belangrijk door te vragen naar concrete voorbeelden van hoe het kind zich ten opzichte van de ouder gedraagt. Het heeft de voorkeur om beide ouders apart van elkaar te interviewen, aangezien het kind met elke ouder een andere relatie kan hebben. Bij kinderen in instellingen kan de DAI afgenomen worden met de (adoptie/pleeg)ouder en met de meest vertrouwde begeleider. Check van tevoren of de audioapparatuur goed werkt. De afname van het interview duurt ongeveer een halfuur tot drie kwartier.

De Nederlandstalige *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* bij jonge kinderen (Stor & Storsbergen, 2006), is een vertaling van een Amerikaans instrument, genaamd *Behavioral Signs of Disturbed Attachment in Young Children* (Boris & Zeanah, 2005). Dit instrument wordt aanbevolen in de Amerikaanse AACAP richtlijn, en kan worden afgenomen door een gedragswetenschapper. Het is niet mogelijk om met deze lijst vast te stellen of het kind veilig, onveilig, of gedesorganiseerd gehecht is (Juffer, 2010). Met behulp van de lijst kan enkel ingeschat worden of en in welke mate een kind niet-aangepast of verstoord gehechtheidgedrag laat zien. Dat wijst erop dat het kind zijn ouder(s) niet optimaal als veilige basis kan gebruiken; en dat het kind dus inderdaad problemen heeft met betrekking tot gehechtheid.

Er bestaat internationale consensus over deze lijst, maar de lijst is nog niet betrouwbaar en valide. De lijst kan beschouwd worden als "to the best of our knowledge" en geeft een eerste, onderbouwde aanwijzing om een vermoeden van een problematische gehechtheidsrelatie te bevestigen of te weerleggen. De ervaringen met de lijst in de praktijk zijn positief omdat met behulp van de lijst gehechtheidsgerelateerde gedragingen met elkaar in verband gebracht worden. Zo ontstaat een beeld van de ernst van de problematische gehechtheidsrelatie.

De lijst moet altijd voorzichtig gehanteerd worden! De lijst verschaft geen gehechtheidsclassificatie of diagnose van de problematische gehechtheidsrelatie, daarvoor is aanvullend onderzoek nodig, zoals beschreven in stap 3 van werkkaart 4. Om de betrouwbaarheid van de afname en scoring te vergroten kan een training worden gevolgd door gedragsdeskundigen, waarbij cursisten ook feedback krijgen over de door hen verrichte afname in de praktijk. De lijst is ook te vinden in Bijlage 4.

Methode van de Lijst Signalen Verstoord Gehechtheidsgedrag

De gedragswetenschapper gaat samen met de ouders of verzorgers in gesprek waarbij de lijst fungeert als gespreksleidraad. Per gedraging wordt nagegaan in welke mate het kind de genoemde signalen van verstoord gehechtheidsgedrag laat zien in concrete situaties. Hierbij is het belangrijk dat de signalen betrekking hebben op de gehechtheidsfiguur: de ouder of vaste verzorger. Als er signalen zijn van verstoord gehechtheidsgedrag in interactie met relatief onbekende volwassenen, zoals in het contact met de gedragswetenschapper, mogen ze niet geïnterpreteerd worden als een signaal van gehechtheidsgedrag , met uitzondering van het gedragssignaal 'reactie ten opzichte van een vreemde'.

Doel en inhoud

Het doel van de lijst is de mate van normaal/aangepast en verstoord gehechtheidsgedrag te onderzoeken. Bij de gedragssignalen zijn er verschillende aandachtspunten:

- Het gedrag is selectief: jeugdigen bouwen gehechtheidsrelaties op met specifieke verzorgers, meestal de ouders, en ontwikkelen zo een exclusieve band. Verstoord is als de selectieve voorkeur voor de ouder ontbreekt en de jeugdige de neiging heeft zonder reserve contact te zoeken met vreemden of bereid is met onbekenden mee te gaan zonder bevestiging van de ouder.
- Normaal gehechtheidsgedrag is als een kind de ouder gebruikt als veilige basis om de omgeving te exploreren. Normaal is dat het jonge kind niet wegloopt in een vreemde

omgeving, maar steeds de ouder in de gaten houdt en zijn ervaringen meedeelt aan de ouder. Verstoord is als het kind absoluut niet bereid is om van de zijde van de ouder te wijken en niet tot spelen komt.
- Normaal 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.

De lijst wordt ingevuld door de gedragswetenschapper die in een gesprek met de ouder die het kind goed kent de genoemde gedragingen langsgaat. Er wordt een kort verslag gemaakt met de argumenten voor de scores en concrete voorbeelden. De afname van de lijst duurt ongeveer een half uur.

Scoring Lijst Signalen Verstoord gehechtheidsgedrag:

Bij elk item in bovengenoemde lijst wordt op een 5-puntsschaal aangegeven in hoeverre het kind normaal of verstoord gedrag vertoont. Op deze wijze worden sterke en zwakke kanten van het gehechtheidsgedrag in kaart gebracht, zonder dat dit direct verwijst naar een gehechtheidsclassificatie (veilig, ambivalent, vermijdend, of gedesorganiseerd). Er wordt een schriftelijk verslag gemaakt waarbij bij elke score enkele argumenten beschreven worden waarom voor een bepaalde score is gekozen. Bij twijfel moet men streven naar consensus en de argumenten vastleggen. De gedragswetenschapper moet vragen naar concrete voorbeelden van het gedrag van het kind.

Ervaringen en aanbevelingen met betrekking tot de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag

Er is geen specifieke training nodig, wel kennis van de gehechtheidstheorie en expertise met het herkennen en observeren van gehechtheidsgedrag. Het is mogelijk om een training te volgen bij de RINO groep. Om verstoord gehechtheidsgedrag te kunnen onderscheiden is het nodig dat de gedragswetenschapper beschikt over expertise in normaal gehechtheidsgedrag, variërend van georganiseerde veilige gehechtheid tot een (des)organiseerde onveilige gehechtheid.

Ervaringen met scoring van de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag

Hieronder enkele losse opmerkingen over de lijst op basis van ervaringen:

1. Er kunnen verschillen zijn in de scores tussen verschillende personen, zoals tussen (pleeg) ouders of begeleiders. Onderzocht moet dan worden hoe dit komt. Het kan zijn, zeker als er sprake is van het ingroeien in een gehechtheidsrelatie, dat het gehechtheidsgedrag relatiespecifiek is. Bijvoorbeeld dat het kind zich niet laat troosten, behalve bij de meest vertrouwde begeleider. Na enige tijd kan dit generaliseren naar meerdere begeleiders.

2. De lijst is bedoeld voor jonge kinderen. Bij de zes oudere kinderen/jeugdigen in dit onderzoek zijn de gedragssignalen niettemin heel herkenbaar. Het gaat immers om gedrag in sociale relaties, dat niet zo leeftijdsspecifiek is. Wel moet rekening gehouden worden met de uitingsvorm. Affectie tonen bijvoorbeeld zal bij een peuter veel lijfelijker gaan dan bij een dertienjarige, die affectie eerder via de taal of mimiek zal uiten.

Tenslotte: Als voorlopige normering voor de ernst van de gehechtheidsproblematiek stellen de auteurs het volgende voor:

a. som van de scores 8-16: geen aanwijzingen voor gehechtheidsproblemen;
b. som van de scores 16-24: mogelijk sprake van een problematische gehechtheidsrelatie ;
c. som van de scores > 24: problematische gehechtheidsrelatie is waarschijnlijk.

De normeringen b en c vereisen verder onderzoek.

Nadere toelichting bij de Lijst Signalen Verstoord Gehechtheidsgedrag:

- Affectie tonen: het gaat hierbij om het uiten van een emotie of gevoel. Synoniemen voor affectie zijn: genegenheid tonen, liefde laten blijken, uiting geven aan je positieve gevoelens voor iemand.
- Troost zoeken: het gaat hierbij om de emotionele en niet om de functionele betekenis van troost zoeken. Het vragen om een pleister bijvoorbeeld is geen troost, maar hulp vragen.
- Samenwerken en hulp vragen moeten onderscheiden worden van de functionele, dagelijkse ondersteuning die het kind nodig heeft in verband met eventuele eigen beperkingen zoals het begeleiden bij een route bij een blind kind of hulp bij de persoonlijke verzorging. Deze dagelijkse functionele ondersteuning kan wel gebruikt worden in de behandeling om samenwerking en hulp vragen te stimuleren door dit te benoemen.
- Exploratie: dit gedrag is vooral van toepassing op jonge kinderen (tot ongeveer 6 jaar). Exploratie is zeer moeilijk te score bij iets oudere kinderen, ouder dan 6 jaar dus. Bij kinderen kan het voorkomen dat ze niet checken of de ouder/verzorger aanwezig is/blijft in een onbekende omgeving. Dat is verstoord. Hoewel dit niet gescoord wordt, kan ook de kwaliteit van de exploratie geobserveerd worden, namelijk of die al dan niet in overeenstemming is met het ontwikkelingsniveau van het kind. Er kan sprake zijn van een grote geremdheid in het spel.
- Reactie naar vreemden: het is lastiger om allemansvriendgedrag binnen een instelling te onderkennen, omdat het daar minder opvalt dan binnen een gezinsverband. Zulk gedrag wordt soms te positief gewaardeerd als vriendelijkheid.

Tabel 4.1 Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah, 2005; Nederlandse vertaling: Stor & Storsbergen, 2006

Instructie

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

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

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 het kind geen troost zoekt).

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 hechtingsfiguur.

Samenwerking

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

Verstoord: Voortdurend niet ingaan op 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’).

Explorerend gedrag

Normaal: Gebruikt hechtingsfiguur 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.

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 het kind ten opzichte van de verzorger, buitengewoon bazig of bestraffend controleren van de verzorger.

Reactie bij hereniging/terugkeer

Normaal: Zoekt bij angst troost bij hechtingsfiguur of, wanneer het kind niet angstig is, maakt het 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 de scheiding contact te maken met verzorger. Daarbij vertoont het kind actieve negerende/vermijdende gedragingen, intense boosheid of duidelijk gebrek aan affectie, of de stress die teweeggebracht werd door de scheiding verdwijnt niet, of het kind vertoont gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag.

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; bereid om de verzorger zonder protest te verlaten en met een vreemde mee te gaan.

4.4.4 Gesprek met ouders over de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie

Zodra het vermoeden rijst dat een jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft, zal het nodig zijn om die gehechtheidsrelatie te onderzoeken. Dan ligt het zeker ook voor de hand om de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie van een jeugdige in kaart te brengen. Er zijn nog geen gevalideerde methodes of interviews beschikbaar voor dit doel. De hier gepresenteerde aanwijzingen voor een interview bij ouders is gebaseerd op praktijkervaring zoals beschreven in het boek *Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag* geschreven door Dekker – van der Sande en Janssen (2010).

Globaal zijn er twee manieren om de gehechtheidsontwikkeling van de jeugdige in kaart te brengen, namelijk door middel van dossieranalyse en een gesprek met de ouders en de jeugdige. Beide informatiebronnen zijn belangrijk, en worden hieronder kort toegelicht.

1. Dossieranalyse

In de rapportage wordt gezocht naar concrete informatie over de gehechtheidsgeschiedenis. Bij adoptie- of pleegkinderen zijn de gegevens over de voorgeschiedenis vaak onvolledig of ontbreken helemaal. Dit maakt het uiteraard moeilijker om het ontwikkelingsverloop te reconstrueren.

2. Gesprek over de gehechtheidsgeschiedenis met de ouder(s)en de jeugdige

Bij het onderzoeken van de voorgeschiedenis van de jeugdige moet altijd aandacht besteed worden aan de context van het gezin waarin de jeugdige opgroeit. Er is geen interview beschikbaar voor het in kaart brengen van de gehechtheidsgeschiedenis met de ouders. Wij hebben er daarom voor gekozen de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* bij jonge kinderen (Boris & Zeanah, 2005) te hanteren als een rode draad in het interview. Als het gesprek met de ouders niet voldoende informatie oplevert, kan een gesprek met personen die het kind op jonge leeftijd gekend hebben, zoals een familielid, oppas, gezinsvoogd of leerkracht, aanvullend nodig zijn.
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.

Datering is van belang in het gesprek over gehechtheid

Van belang is om na te gaan of de blootstelling aan pathogene zorg en de wisselingen van primaire verzorgers zijn vastgelegd en gedocumenteerd rond de periode waarin deze situaties optraden. Ook het dateren in de tijd is van belang om te kunnen vaststellen of het vermeende verstoorde gehechtheidsgedrag daarna begon, of daarvoor al bestond.

Doel en inhoud van het gesprek
Het doel van de anamnese is op een gedetailleerde wijze de gehechtheidsontwikkeling van het kind in kaart te brengen, waarbij de informatie vanuit de screening verder uitgediept wordt. Het eerste doel is te reconstrueren hoe de hechting verlopen is en de gevolgen te analyseren van een eventueel niet goed doorlopen proces van hechting op de verdere ontwikkeling van het kind. Een belangrijke vraag hierbij is wat beschermende en risicofactoren zijn voor het kind en de ouders zowel in het verleden als het heden. Speciale aandacht is nodig voor het veronderstelde verhoogde risico op gehechtheidsproblemen bij kinderen met een visuele en/of verstandelijke beperking. Ook van belang voor de diagnostiek is te inventariseren of er in de actuele situatie van het kind een betrouwbare hechtingsfiguur beschikbaar is.

Inhoudelijk is de anamnese zoals gezegd gericht op de gehechtheidsontwikkeling. Zowel in de dossieranalyse als in het gesprek met de hechtingsfiguren gaat het om de volgende vragen en onderwerpen, die hier puntsgewijs weergegeven worden:

- Wie zijn voor dit kind de gehechtheidsfiguren, toen het klein was en nu? Dit zijn meestal de ouders, maar het kunnen ook andere volwassenen zijn, zoals de grootouders of een vaste oppas.
- Wat is het verloop van de ontwikkeling van de gehechtheid (Došen, 2007; Gunther, 2004) Het gaat hierbij om de volgende fasen:
  - 0–6 maanden: psychofysiologische homeostase en gehechtheidssignalen, zoals lachen, groei van het contact, afstemming ouder-kind;
  - 6–18 maanden: gehechtheidsrelatie, eenkennigheid, scheidingsangst, reactie op hereniging, exploratie;
  - 18–36 maanden: ontstaan van persoonspermanentie, exploratie, separatie-individuatie;
  - Verdere sociaal-emotionele ontwikkeling als kleuter en schoolkind tot kalenderleeftijd.

- Is het kind in staat de ouder als een veilige basis en veilige haven te gebruiken? Dit wordt gecheckt met de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag*, waarbij van elk signaal wordt geanalyseerd hoe de ontwikkeling van dit signaal tot de kalenderleeftijd verlopen is (affectie tonen, troost zoeken, hulp vragen en accepteren, samenwerken, exploratie, controlerend gedrag, reactie op hereniging met vertrouwde verzorger, reactie op vreemden). Indien bij de screening deze lijst al is besproken met de ouders, dan kan op de eerdere informatie worden aangesloten.
- Hoe verloopt de ontwikkeling van sociale relaties? Het gaat hierbij om de vroege relatie tussen ouders en kind; de huidige relatie met de ouders; de relatie met andere belangrijke volwassenen, zoals familieleden, begeleiders of leerkrachten; en de relatie met leeftijdsgenoten.
- Zijn er aanwijzingen voor pathogene ('ziekmakende') zorg of wisseling van opvoeders? Hoe gaat het met de andere kinderen in het gezin? Is de jeugdbescherming betrokken in het gezin; zijn er juridische maatregelen? Is er sprake van een uithuisplaatsing op jonge leeftijd? Is er sprake van trauma's of ingrijpende gebeurtenissen voor het kind?
- Indien de gehechtheidsrelatie niet goed ontwikkeld is, wat zijn de gevolgen hiervan voor de persoonlijkheidsontwikkeling van het kind? Zijn er aanwijzingen voor gedragsproblemen of psychische stoornissen, die mogelijk voortvloeien uit een niet goed verlopen hechting?
- Wat is de beleving van de ouders: hoe praat de ouder over het kind; wat zijn de

verwachtingen; wat is de opvoedingsstijl van de ouder?
- Wat is de persoonlijke familiegeschiedenis van de ouders?
- Wat zijn beschermende en bedreigende factoren bij het kind en de ouder? Zie ook bijlage 2.

Procedure
Het dossier lezen, van de baby-/peutertijd tot aan de kalenderleeftijd, kost afhankelijk van de omvang van het dossier één tot twee uur. Het gesprek wordt gevoerd met de (pleeg/adoptie) ouders. Soms zijn meerdere gesprekken nodig; per gesprek één à anderhalf uur.
Voor het uitwerken van de informatie is minimaal 2 uur nodig.

Ervaringen met betrekking tot de scoring
Het is raadzaam voorzichtig te zijn met conclusies over hechtingsproblemen na een eerste gesprek. De diagnosticus dient eerst het gehele onderzoek af te ronden en dan pas de resultaten te bespreken.

Tabel 4.2 Aanbevelingen voor het gesprek met de ouder(s) om de gehechtheidsontwikkeling in kaart te brengen. (Dekker – van der Sande & Janssens, 2010).

- Bereid het gesprek voor met een lijst van relevante vragen, die gebaseerd zijn op de hierboven onder het kopje 'Doel en inhoud' beschreven aandachtspunten.
- Het doel van het interview, namelijk waarom het belangrijk is terug te kijken naar hoe de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie bij de jeugdige verlopen is, moet bekend zijn bij de ouder(s).
- De interviewer moet met respect, geduld, interesse, openheid en enige terughoudendheid het interview voeren. Ouders kunnen last hebben van schuld- of schaamtegevoelens of machteloosheid bij een vermoeden van gehechtheidsproblemen. Een positief, neutrale houding past hier het beste bij. Probeer te luisteren en niet te oordelen.
- Laat de ouders eventueel een babyboek en videobeelden van de babytijd meenemen als hulp om concrete voorbeelden te geven over de periode van het ontstaan van de hechting en het verdere verloop.
- Zoek naar positieve voorbeelden zoals samen plezier hebben, competentiegevoelens van de ouder in het benaderen van het kind en dingen die goed gaan in de relatie tussen jeugdige en ouder.
- Let op de kwaliteit van het verhaal, de emotionele toon van de ouder als hij/zij de relatie met de jeugdige beschrijft en de manier waarop hij/zij het gedrag betekenis geeft.
- Vraag het ontwikkelingsverloop van de gehechtheidsrelatie uit en check de signalen van verstoord gehechtheidsgedrag.
- Bij ontbrekende informatie over de voorgeschiedenis van de jeugdige, zoals het geval is bij pleeg- en adoptieouders, zal er onzekerheid blijven bestaan. Logischerwijze kan ervan uitgegaan worden dat de voorgeschiedenis voor de jeugdige ingrijpend geweest moet zijn. De diagnostiek heeft dan als vertrekpunt het moment dat de jeugdige bij de pleeg-/adoptieouders is gaan wonen tot aan de actuele situatie, namelijk de mate van gehechtheid tussen jeugdige en de pleeg-/adoptieouders en mogelijke verstoringen van die relatie.

- Onderzoek of het rouwproces over de diagnose van de jeugdige door de ouder in grote mate is afgesloten of is gestagneerd. Is het de ouders gelukt sensitief te zijn?
- Jeugdigen met een beperking zijn in het algemeen langer en bij een verstandelijke beperking zelfs blijvend afhankelijk van de steun van de ouders. Bij oudere kinderen kan gevraagd worden hoe de ouder(s) en de jeugdige zich aangepast hebben aan veranderingen in de situatie van de jeugdige, zoals het gaan logeren of een uithuisplaatsing. Als de gehechtheidsrelatie goed ontwikkeld is, is de daaropvolgende stap individuatie en geleidelijke losmaking. Hoe verloopt deze fase bij de jeugdige en zijn ouders? De kwaliteit en continuïteit van de zorg voor het kind spelen ook een belangrijke rol in het geleidelijk kunnen loslaten van de jeugdige.
- Wat is de verhouding draagkracht/draaglast voor de ouders? Zijn er psychische problemen?
- Meerdere gesprekken kunnen nodig zijn om een meer compleet beeld te krijgen. Ouders geven soms pas deze persoonlijke informatie nadat er een werkrelatie met de diagnosticus is

4.4.5 Observatie schalen: Emotional Availability Scales (EAS)

De EAS (Biringen, Robinson, & Emden, 2000) betreft een set van observatieschalen waarmee interacties tussen ouder en kind (tot ongeveer 12 jaar) kunnen worden beoordeeld. De EAS bestaat uit een zestal schalen waarmee de emotionele beschikbaarheid van de ouder naar het kind toe en van het kind naar de ouder toe geobserveerd kunnen worden. In ieder geval vier van deze zes schalen zijn relevant voor de ouder-kindrelatie en deze vier schalen worden ook vaak gebruikt in wetenschappelijk onderzoek. Het gaat dan om twee schalen voor oudergedrag en twee schalen voor kindgedrag. (De ouderschalen 'Non-Hostility' en 'Structuring' worden hier verder niet besproken; bij Non-Hostility, afwezigheid van vijandelijk gedrag , is er vaak te weinig spreiding om betrouwbaar te kunnen scoren, terwijl Structuring – het bieden van structuur – soms moeilijk te coderen is als de observatiesituatie al gedeeltelijk is ingedeeld en bepaald door de observator).

De schalen hebben een aantal schaalpunten – bij Sensitiviteit bijvoorbeeld negen en bij de kindschalen vijf punten – waarbij de oneven punten beschreven staan. Uiteraard kunnen ook de tussenliggende scores worden gebruikt.

De gebruikelijke gang van zaken is dat ouder en kind gefilmd worden in enkele specifieke situaties, bijvoorbeeld samen spelen (met speelgoed, maar juist ook spelen zonder speelgoed kan relevante beelden opleveren), voorlezen of samen eten. Daarnaast kan een net iets te moeilijk taakje aan het kind worden voorgelegd zodat beoordeeld kan worden hoe hij op milde stress/frustratie reageert en om na te gaan of (en hoe) het kind de hulp van de ouder inroept. Meestal wordt aangeraden om minimaal tien minuten te filmen (en veel langer dan ongeveer twintig minuten zal meestal niet nodig zijn). Het verdient aanbeveling om het gedrag van het kind onafhankelijk te coderen van het oudergedrag, omdat de codeur die al een van beiden gecodeerd heeft, moeilijk op een onafhankelijke manier het gedrag van de ander kan beoordelen. In wetenschappelijk onderzoek is het goed gebruik om ouder en kind apart te laten coderen door onafhankelijke codeurs.

Bij voorkeur is de persoon die de video-opname gaat coderen, getraind zijn en in het bezit zijn van een certificaat als afsluiting en bewijs voor de intercodeur betrouwbaarheid. Er worden in Nederland regelmatig trainingen in de EAS-schalen gegeven, onder andere door de auteurs die de EAS ontwikkelden (*www.emotionalavailability.com*)met onder andere de mogelijkheid voor onlinetraining op afstand). Er zijn inmiddels op diverse plaatsen in ons land getrainde codeurs werkzaam binnen de hulpverlening.

4.5 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 is een voorbeeld van 'best practice', die we hier aanbevelen voor gebruik in de jeugdhulp, 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 geregistreerde gedragswetenschappers (GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP of een orthopedagoog-generalist). 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. 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 het AMK 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*[12] 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 totaal-score. 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.
   - 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

a. In een gesprek met de ouders wordt de gehechtheidsontwikkeling van de jeugdige nauwkeuriger in kaart gebracht dan in stap 2 (zie bijlage 3).

b. De gedragswetenschapper kan gebruik maken de *Klinische Observatie van Gehechtheid* (Boris et al., 2004; Dekker – van der Sande & Janssen, 2010).

c. De gedragswetenschapper kan een interview afnemen bij de ouders: het *Disturbances of Attachment Interview* (DAI; Smyke & Zeanah, 1999; Dekker – van der Sande & Janssen, 2010).

[12] 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) .

d. 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.

e. 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; Biringen et al., 2000).

f. 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.

4.6 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. 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.

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 van kinderen met een problematische gehechtheidsrelatie zelf een onveilig werkmodel van gehechtheid. Het kan ook 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/echtscheiding)

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 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 bijvoorbeeld 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. De videobeelden kunnen achteraf beoordeeld worden met behulp van de *Lijst Signalen Verstoorde Gehechtheid* of de EAS-schalen.

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 bijvoorbeeld 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

In dit hoofdstuk bespreken we eerst enkele erkende interventies (paragraaf 5.2) die gericht zijn op het verbeteren van de sensitiviteit van de ouder. De hier besproken interventies zijn allemaal opgenomen in de Databank voor effectieve jeugdinterventies van het NJi: de VIPP-SD , de Ouder-baby interventie, Basic Trustmethode, PCIT en K-VHT. Deze preventieve interventies zijn geschikt voor ouders van kinderen tot ongeveer 7 jaar, en maken gebruik van begeleiding door middel van videofeedback. Door gebruik te maken van video-opnamen worden ouders geholpen zicht te krijgen op welke momenten zij sensitief en voorspelbaar gedrag laten zien. Videofeedback kan worden ingezet door een ambulant begeleider of een gedragswetenschapper, nadat deze hiervoor specifiek getraind is.

In paragraaf 5.3 bespreken we enkele interventies voor kinderen en jeugdigen 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 (Pignotti & Mercer, 2007; Chaffin, Hanson, Saunders, Nichols, Barnett, & Miller-Perrin, 2006). Holding mag daarom nooit gebruikt worden als interventie voor welke doel dan ook.

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. 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 zeven jaar) bevorderen[13]

Uit een meta-analyse van Bakermans-Kranenburg et al. (2003) blijkt dat met name kortdurende interventies gericht op het verbeteren van de sensitieve opvoedingshouding het meest effectief zijn. Interventies met maximaal vijf sessies hebben net zo veel resultaat als interventies met vijf tot zestien sessies. Een overzichtsstudie van Doughty (2007) bevestigt deze conclusie.

[13] Hierbij is gebruikt gemaakt van de tekst van Cora Bartelink “Wat werkt bij hechtingsproblemen?” (Bartelink 2010)

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 reageert. Door het positieve gedrag van de ouder uit te vergroten en de aandacht te vestigen op de positieve effecten bij het kind, wordt de ouder gestimuleerd om dit gedrag veel vaker te gebruiken. Ook voor pleegouders en adoptieouders kunnen deze interventies een goed middel zijn, eveneens ter voorbereiding op de komst van hun kind.

Ook voor gezinnen waar een risicofactor aanwezig is, blijken interventies gericht op een sensitieve opvoedingshouding goede resultaten te geven. Recent zijn onderzoeken uitgevoerd door:

- Letourneau, Stewart, Dennis, Hegadoren, Duffett-Leger, & Watson (2011) bij depressieve moeders, resultaat goed als het door een professionele hulpverlener gegeven wordt, niet door een ervaringsdeskundige.
- Ravna, Smithc, Smebye, Kynoea, Sandvikf, & Lindemanna (2011) bij te vroeg geboren kinderen, resultaat goed, het beste resultaat gaven de moeders waarvan deze baby het eerste kind is.
- Cassidy, Woodhouse, Sherman, Stupica, & Lejuez (2011) bij kinderen met een moeilijk temperament. Resultaten beter voor kinderen met een zeer moeilijk temperament dan voor kinderen met een minder moeilijk temperament. Maar opgemerkt is hierbij dat kinderen met een minder moeilijk temperament juist meer baat hebben van de interventie bij moeders die moeite hebben om hun kinderen de ruimte te geven.

Er zijn vijf erkende interventies in Nederland die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij jonge kinderen (tot en met zeven jaar) stimuleren door het opvoedgedrag van de ouder aan te pakken: de VIPP-SD, Ouder-baby-interventie, Basic Trustmethode, PCIT 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. De interventies zijn gerangschikt naar effectiviteit.

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

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

VIPP-SD (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008a; 2008b) is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van één tot en met drie jaar die lastig, extern-aliserend gedrag vertonen. Het programma is erop gericht de opvoedingsvaardigheden van de ouders te versterken door aandacht te schenken aan positieve interactie en sensitieve disciplineringstrategieën. Tijdens zes huisbezoeken krijgen de ouders feedback op video-opnamen van interacties tussen ouders en kind kind (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008a; 2008b).

De VIPP-SD is onderzocht in Nederlandse studies met zeer sterke bewijskracht (Bakermans-Kranenburg et al., 2008a; Bakermans-Kranenburg et al., 2008b; Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & van IJzendoorn, 2006a; van Zeijl, Mesman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & Alink, 2006). Uit het eerste onderzoek bleek dat ouders positiever stonden tegenover sensitief opvoeden en disciplineren. Moeders in de interventiegroep maakten na afloop van de interventie significant meer gebruik van sensitief disciplineren. De kinderen in de interventiegroep toonden na afloop van de interventie minder overactief gedrag dan de controlegroep.

In eerder onderzoek is gebleken dat het DRD4-7R (dopamine receptor D4 7 repeat) gen bij een kind een modererend of dempend effect heeft op opvoedingseffecten. Kinderen met dit gen reageren dus minder goed op het opvoedingsgedrag van hun ouders. Het onderzoek van Bakermans en collega's (2008a; 2008b) laat zien dat kinderen in de interventiegroep met het DRD4-7R genotype een sterke daling van externaliserend probleemgedrag bij de follow-up vertonen. Ook hebben zij een significante afname van de dagelijkse productie van cortisol, een stresshormoon dat bij kinderen van deze leeftijd samenhangt met agressie (Bakermans et al., 2008a; 2008b; Van Zeijl et al., 2006).

In het tweede onderzoek bleken kinderen die aan VIPP-SD hadden deelgenomen minder externaliserend probleemgedrag te vertonen dan kinderen die niet aan de interventie hadden deelgenomen (Klein Velderman et al., 2006a). Momenteel wordt de effectiviteit van de VIPP-SD onderzocht in zeer diverse contexten: in Turkse gezinnen in Nederland, en gezinnen waar een kind aanwezig is met een autistische stoornis, in gezinnen waarbij een van de ouders een verstandelijke beperking heeft, en tenslotte wordt de effectiviteit geëvalueerd bij gastouders en in de kinderopvang.

Twee buitenlandse studies hebben eveneens de effectiviteit van de interventie laten zien in een toename van sensitieve interactie en autonomie van het kind en een afname van conflicten (Kalinauskiene, Cekuoliene, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & Kusakovskaja, 2009; Stein, Woolley, Senior, Hertzmann, Lovel, & Lee, 2006).

Concluderend kunnen we vaststellen dat de VIPP-SD interventie effectief is in diverse doelgroepen en culturen: bij ouders met een belast, onveilig gehechtheidsverleden en ouders met een eetstoornis, bij insensitieve ouders, en in 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 twaalf 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.

De Ouder-baby interventie blijkt het sensitieve gedrag van de moeder te verbeteren.
In een randomized controlled trial met een zeer sterke bewijskracht onderzochten Van Doesum en collega's (2008) het effect van de Moeder-baby interventie. Zij vonden significante positieve effecten op de kwaliteit van de moeder-kind interactie (sensitiviteit en structurerend gedrag van de moeder, responsiviteit en betrokkenheid van het kind), de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie en het sociaal-emotionele functioneren van het kind (met name competentie). Enkele van de onderzochte effecten bleken niet significant, waaronder 'non-intrusiveness' en 'non-hostility' in de moeder-kind interactie en externaliserend en internaliserend gedrag en dysregulatie in het sociaal-emotionele functioneren van het kind. Non-intrusiveness is de mate waarin de moeder eigen initiatieven van het kind verstoort. Bij Non-Hostility gaat het om de mate waarin de moeder vijandig reageert naar het kind.

Na 5,5 jaar voerden Kersten-Alvarez, Hosman, Riksen-Walraven, van Doesum, & Hoefnagels (2010) een follow-up uit om na te gaan in hoeverre de effecten stand hielden. Daaruit bleek dat er geen blijvende behandeleffecten waren op de sensitiviteit en responsiviteit en sociaal-emotioneel functioneren van kinderen. Maar het bleek wel dat in gezinnen die een groot aantal stressvolle momenten meemaakten, de kinderen in de interventiegroep minder externaliserende problemen hadden dan de kinderen in de controlegroep. De interventie werkte dus preventief voor de ontwikkeling van gedragsproblemen wanneer meerdere stressvolle gebeurtenissen zich voordeden in gezinnen.

Basic Trustmethode

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

De Basic Trustmethode (Polderman, Kellaert-Knol, & Stams, 2011) is een kortdurende interventie voor ouders van kinderen in de leeftijd van twee tot en met vijf jaar die kampen met gedrags- en/of emotionele problemen en een problematische gehechtheidsrelatie. In veel gevallen zitten ouders en kind eveneens vast in een 'coërcieve cirkel'. De coërcieve cirkel is een patroon van omgaan met kinderen, waarbij ouders moeilijk gedrag van hun kind willen stoppen, maar zo reageren op het kind dat ze het moeilijke gedrag juist bekrachtigen en zo in stand houden (Patterson, 1982)

De Basic Trust methode is door Polderman (1998) ontwikkeld op basis van de bestaande Video Home Training (VHT; Dekker & Biemans, 1994). De hulpverlening bestaat uit gemiddeld acht sessies, waarvan vier video-opnamesessies en vier terugkijksessies, die volgens een vaststaand protocol worden uitgevoerd, met inachtneming van individuele verschillen bij ouders en kinderen. De methode omvat specifieke instructies voor ouders. Belangrijke onderdelen in

de Basic Trustmethode zijn psycho-educatie over de dynamiek achter de symptomen en op gehechtheid gerichte opvoedingsadviezen. Met name specifieke communicatievaardigheden die opvoeders in het contact met het kind hanteren staan centraal. Tevens wordt veel aandacht besteed aan het 'veilig disciplineren' teneinde te bereiken dat ouders en kind uit de 'coërcieve cirkel' stappen.

In acht 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 vier 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'.
Een pilotstudy (Juffer, 2004) met een experimentele groep (N=5) en een controlegroep (N=5) bij pleegkinderen laat positieve effecten zien op de sensitiviteit van de pleegmoeder en op het gehechtheidsgedrag van het kind. Tevens is er een sterke afname van storend/interfererend gedrag van pleegmoeder. Een kleinschalig veranderingsonderzoek (Stams, Noom, Colonnesi, Asscher, Hoeve, & Kellaert-Knol, 2013) laat een afname van gedrags- en/of emotionele problematiek bij het kind zien en tevens positieve effecten op de gehechtheid van het kind, met name op gedesorganiseerde gehechtheid, en een toename van de veiligheid in de moeder-kindrelatie.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

- Goed onderbouwd;
- geschikt voor ouders van kinderen van twee tot en met zeven jaar;
- geschikt voor kinderen met ernstige gedragsproblemen.

Parent-Child Interaction Therapy (Coelman, 2007; Eyberg, 1999) is een geprotocolleerd behandelprogramma voor kinderen van 2 tot 7 jaar met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De therapie richt zich enerzijds het lastige gedrag van het en anderzijds op het verbeteren van de ouder-kindrelatie. Een kinderpsychotherapeut traint vanachter een one-way screen in een spelkamer de ouders in de omgang met het kind.

In de eerste fase van PCIT worden de ouders getraind om positieve aandachtsvaardigheden te gebruiken. Denk aan nadoen, benoemen, prijzen, sensitief reageren, een enthousiaste toon gebruiken. Tegelijkertijd dienen de ouders mild verstorend gedrag actief te negeren. 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 de therapeut die achter een one-way-screen meekijkt ('live-coaching').

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. Door het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders en het verbeteren van de ouder-kindrelatie beoogt de interventie de gedragsproblemen bij de kinderen en de stress bij de ouders te verminderen.

Accare en de Universiteit Utrecht doen onderzoek naar de effecten van PCIT in Nederland. Naar verwachting worden de onderzoeken in 2012 afgerond. In verschillende buitenlandse onderzoeken is de effectiviteit van PCIT voor het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen aangetoond. Thomas en Zimmer-Gembach (2007) voerden een meta-analyse uit op negen Randomized Controlled Trials en twee quasi-experimentele onderzoeken. Zij rapporteren grote tot zeer grote effectgroottes (van d=1.21 tot d=1.57) op gedragsverandering bij de kinderen. Ook blijkt er in de meta-analyse een significante verbetering van de opvoedingsvaardigheden van ouders op te treden, met gemiddelde effectgroottes van 1.60 voor zelfgerapporteerde verbetering in de opvoedingsvaardigheden van moeders en 1.03 voor geobserveerd gedrag. De effecten van PCIT zijn dus ook hierop groot tot zeer groot.

Chaffin en collega's (2004) voerden een onderzoek uit naar de effecten van PCIT bij mishandelende ouders. Honderdtien gezinnen deden mee aan het onderzoek. Ze werden bij toeval aan een van de drie interventiegroepen toegewezen. De interventiegroepen waren PCIT, PCIT plus op de individuele gezinssituatie afgestemde hulp, en de standaard community based oudergroep. De resultaten van deze studie laten zien dat ouders die PCIT hebben gevolgd tot drie jaar na de interventie minder vaak opnieuw hun kind mishandelen (19 procent recidive) dan gezinnen die de reguliere hulp ontvingen (49 procent recidive). De extra toevoeging van op het gezin afgestemde hulp leverde geen betere resultaten op dan de variant waarbij alleen PCIT geboden werd.

Bagner & Eyberg (2007) onderzochten de effecten van PCIT op gedragsproblemen bij kinderen met een verstandelijke beperking. Dertig gezinnen namen deel aan het onderzoek. De helft kreeg meteen PCIT aangeboden en de andere helft kwam eerst op een wachtlijst terecht. De resultaten laten zien dat moeders die aan PCIT deelnamen na afloop op een positievere manier met hun kind omgingen dan moeders op de wachtlijst. Ook waren de kinderen van moeders die hadden meegedaan gehoorzamer. De deelnemende moeders rapporteerden na afloop minder gedragsproblemen en minder opvoedingsstress gerelateerd aan moeilijk gedrag van hun kind. De onderzoekers menen dat het gezien de positieve resultaten niet nodig is om PCIT aan te passen voor kinderen met een verstandelijke beperking.

Thomas & Zimmer-Gembeck (2011) hebben onderzocht welk effect PCIT heeft op de sensitiviteit van moeders en in hoeverre veranderingen in de sensitiviteit bijdroegen aan het verminderen van kindermishandeling. Aan het onderzoek deden 150 moeders mee, die bij toeval in de PCIT-groep of op de wachtlijst (de groep op de wachtlijst startte na 12 weken met de PCIT) werden geplaatst. Het onderzoek laat zien dat de sensitiviteit van ouders door de PCIT verbetert en dat de kans op herhaling van kindermishandeling afneemt. Ouders gingen op een meer positieve manier met hun kinderen om; zij gaven hen meer bevestiging en gingen vaker in op wat hun kinderen tegen hen zeiden. Ouders die PCIT volledig hadden afgerond, hadden een kleinere kans om opnieuw vanwege kindermishandeling gemeld te worden dan ouders die voortijdig gestopt waren met de interventie.

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

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

Het programma heeft tot doel een gezonde (sociaal-emotionele) ontwikkeling van kinderen te bevorderen en gedrags- en ontwikkelingsproblemen te voorkomen of te verminderen door de opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken en de ouder-kindrelatie te verbeteren. Dit gebeurt in acht huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind en het verstrekken van specifieke informatie over opvoeding en opvoedingsproblemen.

In 2011 hebben Klein-Velderman en collega's een kleinschalig gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gedaan naar de effectiviteit van kortdurende video-hometraining in de jeugdgezondheidszorg bij gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby. Er werden in dit onderzoek, slechts bescheiden effecten gevonden. De K-VHT leidde tot een afname van ouderlijke zorgen over het huilen, een verhoogd gevoel van opvoedcompetenties. De sensitieve responsiviteit van de moeders in de interventiegroep ging iets meer omhoog in vergelijking met de controlegroep. Complicerende factor in dit kleinschalige onderzoek was dat de uitgangssituatie van de interventiegroep (a-selecte toewijzing) iets negatiever was in vergelijking met de controlegroep (Klein Velderman, Pannebakker, Fukkink, de Wolff, van Dommelen, & Reijneveld, 2011).

Inmiddels zijn twee meta-analyses uitgevoerd naar de effectiviteit van video-feedback in het algemeen. In de eerste meta-analyse onderzochten Fukkink en collega's (2007; 2008) de effecten van binnen- en buitenlandse gezinsprogramma's waarin hulpverleners gebruik maken van video-feedback. Interventies met video-feedback hadden gemiddeld genomen een positief effect op ouders en kinderen. Ook bleek dat programma's met een korte looptijd gemiddeld genomen effectiever zijn. In de tweede meta-analyse onderzochten Fukkink, Trienekens, & Kramer (2010) het effect van video-feedback op de kwaliteit van het handelen van professionals. De resultaten laten zien dat video- feedback een effectieve methode is voor het verbeteren van de interactievaardigheden van professionals in diverse contactberoepen (Fukkink, Trienekens, & Kramer, 2010). Er zijn aanwijzingen dat video-feedback de interactievaardigheden van de ouder(s) kan verbeteren (Fukkink, 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). Omdat ITGG ontwikkeld is voor kinderen met meervoudige beperkingen, bespreken we ook enkele behandelmethodes die voor een iets bredere doelgroep in de klinische praktijk in omloop zijn maar ***niet*** zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)

- Effectief volgens eerste aanwijzingen;
- geschikt voor kinderen en jongeren tot achttien 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 achttien jaar met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen (Sterkenburg, Schuengel, & Janssen, 2008). De behandelaar probeert in de eerste fase een gehechtheidsrelatie op te bouwen met de jeugdige. In de tweede 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 ook gebruikt worden voor normaalbegaafde jonge kinderen.

Deze therapie is ontwikkeld voor kinderen met een ernstige verstandelijke beperking en ernstige en hardnekkige gedragsproblemen bij wie sprake is (geweest) van verstoorde zorg (Sterkenburg, Schuengel, & Janssen, 2008). ITGG is een gefaseerde behandeling, waarbij elke fase een specifieke functie heeft, en elke fase afhankelijk is van succes in de voorgaande fase.

Aanvankelijk tracht een gedragsdeskundige (GZ-psycholoog/ kinder- en jeugdpsycholoog NIP/ orthopedagoog-generalist) door middel van intensief contact (opnieuw of voor het eerst) een gehechtheidsrelatie op te bouwen met het kind. Deze eerste fase van de behandeling is opgebouwd uit drie subfasen, namelijk: 'bonding en contact maken', 'symbiose' en 'stimulatie tot individuatie'.

Omdat het niet te verwacht wordt dat enkel door te werken aan de gehechtheidsrelatie het probleemgedrag zal doen verdwijnen, volgt een tweede fase met gedragstherapie. Tijdens de derde fase, generalisatie en afronding, 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, met uren verspreid over de hele week, in de dagelijkse leefomgeving van het kind aangeboden. De methode is ontwikkeld voor kinderen met een meervoudige handicap, maar kan ook gebruikt worden voor normaalbegaafde jonge kinderen.

Het effect van ITGG is onderzocht in een "multiple baseline with alternating treatments design". Alle kinderen lieten in vergelijking met het begin van de behandeling minder gedragsproblemen zien aan het eind van de behandeling en dit zowel tijdens de therapiesessies als in de dagelijkse leefomgeving. Verder werd het stressbufferend effect van de gehechtheidstherapeut aangetoond.

5.4 (Nog-) niet erkende interventies en behandelingen

Tenslotte, omdat slechts één interventie erkend is voor de behandeling van gehechtheidsproblemen, bespreken we hier ook twee interventies waarvan de werkzaamheid in Nederland (nog) niet is aangetoond. Deze interventies kunnen we om die reden niet aanbevelen. Mogelijk worden deze interventies in de nabije toekomst wel onderzocht op effectiviteit. Het gaat hierbij om Mentaliseren bevorderende kindertherapie (Verheugt-Pleiter, Schmeets, & Zevalkink, 2010), en Dyadic Developmental Psychotherapy (Hughes, 2008; Hughes & Baylin, 2012). Hieronder lichten we de interventies kort toe.

Mentaliseren bevorderende kindertherapie (MBKT ; Verheugt-Pleiter et al., 2010) is een individuele interventie voor jeugdigen die moeite hebben met mentaliseren, oftewel zichzelf en anderen te zien in termen van gevoelens, wensen, gedachten en emoties. Via de relatie met de therapeut ontwikkelt de jeugdige de capaciteit om de wensen en intenties van anderen en zichzelf waar te nemen (mentaliseren). Deze therapie is ontwikkeld door de Britse kinderpsychiater Peter Fonagy (1991, 1995). De therapie van Fonagy was aanvankelijk bedoeld was voor de behandeling van (ernstige) borderlinepersoonlijkheidsproblematiek, maar later bleken de principes van hun methode later ook op andere gebieden toepasbaar . De effectiviteit van deze therapie bij volwassenen is in Nederland al wel onderzocht in een kleinschalige studie (Hoegée, 2013). Bij kinderen niet.

Dyadic Developmental Psychotherapy (Hughes, 2008; Hughes & Baylin, 2012) is een Amerikaanse therapie waarbij ouders en kind gezamenlijk begeleid worden om interacties met elkaar aan te gaan. De therapeut stemt zijn gevoel, intentie en aandacht volledig af op de jeugdige en zijn ouder. De therapie is erop gericht om de jeugdige te helpen nabijheid en emotionele dimensies in contact te ervaren. Dat gebeurt via speelse interacties, acceptatie, nieuwsgierigheid en empathie (in het Engels PACE: Playfulness, Acceptance, Curiosity en Empathy). Ouder en kind worden dus geholpen om nabijheid te ervaren, negatieve ervaringen te erkennen en deze binnen de veiligheid van de ouder-kindrelatie een plaats te geven. In kleinschalige, Amerikaanse studies (Becker-Weidman & Hughes, 2008) lijkt deze therapeutische interventie effectief te zijn (Vinke, 2012). De interventie is nog niet onderzocht in Nederland.

Concluderend: beide interventies zijn in Nederland nog niet onderzocht op effectiviteit. Daarom kunnen we ze niet aanbevelen.

5.5 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. De ambulante begeleider of de gedragswetenschapper kan gebruik maken van vijf erkende preventieve interventies die onder andere tot doel hebben het sensitieve gedrag van de ouder te verbeteren (de VIPP-SD, Ouder-baby-interventie, PCIT, Basic Trustmethode en K-VHT). Vier behandelingen voor oudere jeugdigen - die enkel door gespecialiseerde gedragswetenschappers kunnen worden ingezet - staan nog aan het begin van een erkenningstraject. Het is nog onzeker wat hieruit komt.

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 zoekt 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-kind interacties 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 competenter 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.

5.6 Conclusies

In het onderscheid dat gemaakt is tussen preventieve methoden en behandelmethoden, nemen de *preventieve methoden*, een belangrijke plaats in. En wel omdat, eenvoudig gezegd, voorkomen beter is dan genezen. Deze methoden richten zich op de opvoedingshouding van ouders/ verzorgers, vooral op het bevorderen van een sensitieve opvoedingshouding en het aanleren van sensitief disciplineren. Binnen deze methoden hebben die methoden die wetenschappelijk onderzocht zijn (de evidence-based methoden) de voorkeur.

Er is slechts één erkende *methode gericht op behandeling* van problematische gehechtheid.
Er zijn daarnaast twee behandelingen besproken die al in buitenland in kleinschalige studies onderzocht zijn op effectiviteit. Aangeraden wordt om deze behandelingen aan te melden bij de databank Effectieve Jeugdinterventies.
Op basis van de besproken literatuur trekken we de volgende 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 gehechtheidsfiguur kan aangaan (Niveau D).

2. Er zijn vijf erkende preventieve interventies in Nederland beschikbaar die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij jonge kinderen (tot ongeveer zeven 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) (Niveau B).
   - De VIPP-SD interventie en de Ouder-baby-interventie zijn beide effectief; er zijn sterke aanwijzingen dat ook de VIPP-SD effectief is, en goede aanwijzingen dat ook de Ouder-baby interventie effectief is. PCIT, de Basic Trustmethode en K-VHT zijn 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 (Niveau C).

4. Van de interventies die zich richten op de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen, is één 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 (Niveau D).

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 (Pignotti & Mercer, 2007; Chaffin et al., 2006) (Niveau C).

5.7 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. 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-kind interacties 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 2.

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, preventieve 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 familienetwerkberaad (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.

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 zeven 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

Alle jeugdigen bouwen in hun eerste levensjaar een duurzame, affectieve band op met hun belangrijkste ouders: een gehechtheidsrelatie. Die band komt het duidelijkst tot uitdrukking in tijden van angst en spanning, zoals bij ziekte, scheiding, of een ander dreigend gevaar in de ogen van het jonge kind. Voor de regulatie van negatieve emoties bij angst en spanning is het kind afhankelijk van een volwassen verzorger (van IJzendoorn & Bakermans, 2010). De volwassen verzorger zorgt ervoor dat de negatieve emoties van verdriet en angst het kind niet 'overweldigen' zodat elk exploratief gedrag van het jonge kind geblokkeerd wordt. "De opvoeder vormt als het ware de stutbalk waardoor het kind zich gestut weet en de kans heeft te groeien" (van IJzendoorn et al. , pag. 10).

Een gehechtheidsrelatie is van groot belang voor de verdere ontwikkeling van het jonge kind (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005). Kinderen die een veilige band hebben opgebouwd met hun ouders, hebben vertrouwen in de beschikbaarheid van hun ouders. Dit vertrouwen geeft hen doorgaans meer zelfvertrouwen en sociale vaardigheden dan kinderen die onveilig gehecht zijn. Uit een review van Schneider, Atkinson en Tardif (2001) blijkt dat er verband is tussen de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie op jonge leeftijd en de manier waarop het kind later omgaat met leeftijdgenoten en in staat is hechte vriendschappen op te bouwen. In een longitudinaal onderzoek naar de invloed van de gehechtheid van adoptieouders bleken veilig gehechte adoptiebaby's later – zowel op de basisschoolleeftijd als in de adolescentie – betere sociale vaardigheden te hebben dan geadopteerde kinderen die als baby onveilig gehecht waren aan hun adoptieouder. Dit laat niet alleen de positieve gevolgen zien van veilige gehechtheid op de sociale ontwikkeling van kinderen, maar tevens dat deze gevolgen ook gelden voor ouders en kinderen die niet met een bloedband met elkaar verbonden zijn (Jaffari-Bimmel, Juffer, Van IJzendoorn, Bakermans- Kranenburg & Mooijaart, 2006; Stams, Juffer, & Van IJzendoorn, 2002).

Er zijn positieve verbanden aangetoond tussen de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie en cognitieve en taalvaardigheden (Murray & Yingling 2000; O'Connor & McCartney 2007). Kinderen die onveilig gehecht zijn, hebben doorgaans een minder gunstige uitgangspositie in hun sociale en emotionele ontwikkeling (Schuengel & Sterkenburg, 2004), en waarschijnlijk ook in hun cognitieve ontwikkeling. Kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie hebben meer kans op problematische relaties met leeftijdgenoten wanneer ze iets ouder zijn (Kerns & Richardson, 2005). Kinderen die van jongs af aan in een tehuis opgroeien waar geen specifieke verzorgers beschikbaar zijn, lopen zelfs een verhoogd risico op ernstige groei en ontwikkelingsstoornissen op allerlei terreinen , zoals de motorische, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling (Van IJzendoorn, 2008).

Om te link tussen een problematische gehechtheidsrelatie en het ontwikkelen van problemen op latere leeftijd goed te begrijpen, is de term *intern werkmodel*, of mentale representatie van gehechtheid nodig. Door gehecht te raken aan één of meer volwassenen, bouwt een kind ook een mentaal beeld op van mensen in het algemeen – dat kan een beeld zijn van beschikbaarheid en hulpvaardigheid (in het geval van veilige gehechtheid) 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. Wat dat laatste betreft: wanneer een kind heeft ervaren dat zijn vragen meestal worden beantwoord en dat zijn angst en verdriet wordt verlicht, zal hij zichzelf als competent en de moeite waard ('lovable') gaan beschouwen en bouwt hij zelfvertrouwen op. Vertrouwen in anderen gaat dan samen met zelfvertrouwen.

Het werkmodel vormt de blauwdruk vormt voor sociale relaties van een persoon. Verondersteld wordt namelijk dat het werkmodel de verwerking van informatie over relaties en emotionele gebeurtenissen in een belangrijke mate sturen. Personen met een problematische model van gehechtheid zullen de buitenwereld eerder als vijandig waarnemen. Zij zullen zichzelf ook zien als minder de moeite waard om beschermd te worden (Van IJzendoorn & Bakermans, 2010).

Wanneer een jeugdige een onveilig werkmodel heeft opgebouwd, betekent dat niet dat dit model altijd onveilig of problematisch zal zijn gedurende de volwassenheid. De interne representatie van gehechtheid wordt juist aangeduid met de term 'werkmodel' om de veranderbaarheid aan te geven. Het werkmodel van gehechtheid wordt in de kinderjaren en voortdurend aangepast aan nieuwe ervaringen en omstandigheden. In de kinderjaren is het werkmodel relatief flexibel, dus zijn er zeker nog mogelijkheden om een problematische werkmodel bij te stellen. Naarmate het kind ouder wordt, zal het werkmodel in toenemende mate ongevoelig worden voor veranderingen (Bowlby 1988; Waters & Cummings, 2000: Van IJzendoorn, 2008).
In dit hoofdstuk staan de gevolgen van een problematische gehechtheidsrelatie centraal. Hieronder beschrijven we enkele onderzoeksresultaten waarin de samenhang was onderzocht tussen een onveilige of problematische gehechtheidsrelatie en de verdere ontwikkeling van de jeugdige. In het algemeen wordt verondersteld dat een onveilige of problematisch werkmodel van gehechtheid ervaringen en interacties met anderen en met de omgeving zodanig stuurt dat dit indirect leidt tot meer internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij de jeugdige. De veronderstelling is dat een onveilige gehechtheidsrepresentatie mensen kwetsbaarder maakt voor het ontwikkelen van psychische klachten. Dit geldt met name voor mensen die een gedesorganiseerde of verstoord werkmodel van gehechtheid hebben.

6.2 Samenhang tussen problematische gehechtheid en internaliserende problemen

In een narratief review van Brumariu en Kerns (2010) wordt de samenhang tussen verschillende vormen van onveilige gehechtheid en internaliserende problemen zoals angst inderdaad bevestigd. Met name de ambivalent en gedesorganiseerd gehechte kinderen laten meer symptomen van angst en internaliseren zien, terwijl dit verband niet gevonden wordt bij vermijdend gehechte kinderen.

In een meta-analyse hebben Collonessi en collega's (2011) de samenhang tussen een onveilige gehechtheidsrelatie en angst vastgesteld. Het gaat in deze meta-analyse om studies waarin de samenhang tussen een onveilige gehechtheidsrelatie en angst van de vroeg kindertijd tot de adolescentie (18 jaar) empirisch is vastgesteld. In totaal zijn 46 studie-uitkomsten samengevoegd, over meer dan 8900 kinderen. Er bleek een gematigd verband te zijn tussen onveilige gehechtheidsrelatie en angst ($r = .30$). Uit de moderator analyse bleek dat een onveilig ambivalente gehechtheidsrelatie sterker gerelateerd is aan angst dan onveilige gehechtheid

in het algemeen. De relatie tussen onveilige gehechtheid en angst bleek verder sterker te zijn in studies waarbij de samenhang was onderzocht in de adolescentie (in vergelijking met de kindertijd), en waarbij vragenlijsten zijn gebruikt. De auteurs verklaren de sterkere samenhang in de adolescentie uit het feit dat het intern werkmodel zich in de kindertijd minder stabiel en uitgekristalliseerd is in vergelijking met de adolescentie. Anderzijds geven de auteurs ook een methodologische verklaring voor de sterke samenhang in de adolescentie: in de adolescentie werden zelf-rapportage vragenlijsten gebruikt om zowel angst als gehechtheid te meten. De samenhang tussen gehechtheid en angst kan geflatteerd zijn doordat dezelfde informant en dezelfde onderzoeksmethode gebruikt zijn om beide constructen te meten. Juist studies waarin gehechtheid en angst in de kinderjaren zijn gemeten werd gebruik gemaakt van meerdere informanten, en diverse meetinstrumenten, waardoor de samenhang tussen beide lager uitvalt.

Tenslotte hebben Groh, Roisman, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearron (2012) de samenhang tussen onveilige gehechtheid en internaliseren onderzocht in meta-analyse, waarbij 42 studies met samengevoegd. In alle studies werd gehechtheid – in tegenstelling tot de studies die in het narratief review van Brumariu en Kerns (2010) waren opgenomen – uitsluitend gemeten met gevalideerde instrumenten. Onder internaliserend probleemgedrag werd verstaan: het voorkomen van depressieve gevoelens, psychosomatische klachten, angst, en teruggetrokken gedrag. Het verband tussen onveilige gehechtheid en internaliserend probleemgedrag bleek zwak (d= 0.15) maar wel significant. In deze meta-analyse blijkt alleen vermijdende gehechtheid significant gekoppeld te zijn aan internaliserende problemen, terwijl de samenhang tussen de ambivalente en gedesorganiseerde gehechtheid en internaliserende problemen vrijwel nihil is. De conclusie luidt dat onveilige gehechtheid in de kindertijd het risico op internaliserende symptomen iets verhoogd, zij het slechts op een gematigd niveau.

De uitkomsten van Groh et al. (2012) verschillen behoorlijk van de meta-analyse van Collonessi en collega's (2011). In de meta-analyse van Collonessi werd niet alleen een sterkere samenhang gevonden tussen onveilige gehechtheid en internaliserend probleemgedrag, maar de auteurs wezen ook een ander type 'onveiligheid' aan waarbij het risico's op het ontwikkelen van internaliserend probleemgedrag het grootst is. Volgens Collonessi is de samenhang met internaliseren het sterkst in de ambivalent gehechte groep, terwijl in de studie van Groh et al. (2012) het risico alleen aanwezig is in de vermijdende groep, en in het geheel afwezig in de ambivalente en gedesorganiseerde groep. . Zoals Collonessi et al. al aangeven in de discussie van hun bevindingen, spelen methodologische kenmerken van de studies mogelijk een rol in de studie-uitkomsten. Studies die in de meta van Colonessi gebruik gemaakt hebben van zelfrapportage instrumenten bij adolescenten, vonden hoge samenhangen. In de meta-analyse van Groh et al. zijn dergelijke studies waarbij gehechtheid met zelfrapportage instrumenten werd gemeten, niet mee genomen. De zelfrapportage instrumenten voor gehechtheid zijn onvoldoende gevalideerd, en leveren een geflatteerd beeld op van de samenhang tussen onveilige gehechtheid en internaliserend probleemgedrag.

6.3. Samenhang tussen problematische gehechtheid en externaliserende problemen

Een meta-analyse van Van IJzendoorn, Schuengel en Bakermans-Kranenburg (1999) laat dat jonge kinderen met een gedesorganiseerde gehechtheid rond de leeftijd van ongeveer 4 jaar meer externaliserend probleemgedrag laten zien dan de andere onveilige gehechte kinderen. Er werd een gematigde samenhang gevonden tussen gedesorganiseerde gehechtheid en externaliseren.

Meer recent is dezelfde samenhang onderzocht in een meta-analyse waarin de uitkomsten van 69 studies over bijna 6000 kinderen werden samengevoegd. De samenhang tussen onveilige gehechtheid en gedragsproblemen bleek sterker dan bij internaliserend probleemgedrag: d =0 -.31. Bij jongens werd een iets sterkere samenhang gevonden tussen onveilige gehechtheid en externaliserend gedrag. Het risico op gedragsproblemen blijkt het sterkst aanwezig bij een gedesorganiseerde gehechtheid (d=0.34). Bij vermijdende en ambivalente gehechtheid is het verband met externaliserend gedrag veel zwakker (d=0.12 bij vermijdende gehechtheid, en d= 0.11 bij ambivalente gehechtheid).

6.4 Onveilige gehechtheid en psychopathologie bij volwassenen

Tot nu toe hebben we meta-analyses besproken waarbij de samenhang tussen onveilige gehechtheid en externaliserend en internaliserend probleemgedrag min of meer gelijktijdig of predictief werd vastgesteld. Dat wil zeggen: in de kinderjaren is de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie gemeten en op hetzelfde moment of niet lang daarna is vastgesteld in welke mate deze kinderen te kampen hebben met probleemgedrag.

Er is ook onderzoek gedaan naar de vraag hoe een onveilige representatie van gehechtheid in de volwassenheid van invloed is op het psychisch welbevinden van mensen. In dit type onderzoek wordt het Gehechtheidsbiografisch Interview bij volwassenen in klinische groepen afgenomen, om zo te kunnen vaststellen of een bepaalde psychische stoornis samengaat met een bepaald type gehechtheid. Van IJzendoorn en Bakermans-Kranenburg (2010) geven een overzicht van de verschillende studies die verricht zijn in klinische groepen en komen tot de conclusie dat volwassenen met psychische stoornissen niet een heel duidelijk patroon laten zien wat betreft hun representatie van gehechtheid. Wel laten studies bij volwassenen zien dat personen met persoonlijkheidsstoornissen zelden een veilige/autonome gehechtheidsrepresentatie hebben (Nicolaï, 2004).

Bij volwassenen met stemmingsstoornissen (Ammaniti, van Ijzendoorn, Speranza, & Tambelli, 2000), angststoornissen en schizofrenie (Dozier, Chase Stovall, & Albus, 1999) is de gereserveerde representatie oververtegenwoordigd. Bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen is de classificatie “onverwerkt verlies of trauma” oververtegenwoordigd. Meer dan 50% van de personen met een persoonlijkheidsstoornis krijgt op basis van het gehechtheid biografisch interview deze classificatie. De conclusie is gerechtvaardigd dat bijna alle volwassen patiënten met stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen een onveilige gehechtheidsstijl te vertonen (Nicolaï, 2001).

In een meta-analyse, waarbij gebruik gemaakt werd van correspondentie-analyse werd onderzocht hoe de verdeling van de verschillende vormen van gehechtheid is in verschillende klinische groepen van volwassenen (Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2009). In totaal werden 685 volwassenen met een klinische achtergrond samengevoegd. De verdeling van gehechtheid week in deze groep behoorlijk af van de verdeling bij niet-klinische moeders: bijna driekwart van de klinische volwassenen (74%) hadden een onveilig werkmodel van gehechtheid. Met name de classificatie "onverwerkt verlies of trauma" was met 41% extreem hoog, tegenover 15% in normale, niet-klinische groepen. Concluderend merken Van IJzendoorn en Bakermans op dat systematische relaties tussen bepaalde klinische diagnose en type onveiligheid lastig te vinden zijn in empirische studies. Het merendeel van de studies naar gehechtheid in klinische groepen is beschrijvend en correlationeel van opzet, waardoor geen uitspraken gedaan kunnen worden over oorzaak gevolg relaties tussen het werkmodel voor gehechtheid en de psychische stoornis.

6.5 Gehechtheid en stress- en emotie regulatie

Een veilige gehechtheidsrepresentatie is geen garantie voor psychische gezondheid, maar bevordert wel de ontwikkeling van adequate affectregulatie. In het eerste jaar, als een gehechtheidsrelatie gevormd wordt tussen kind en ouder, vinden de belangrijkste processen plaats voor de affectregulatie van de baby. In alledaagse interacties tussen ouder en baby ontwikkelen zich allerlei regulatiepatronen, zoals de wijze waarop de baby getroost, in slaap gebracht en gevoed wordt. Deze regulatiepatronen zijn voorspellers voor gehechtheidspatronen op één jarige leeftijd (Rexwinkel et al., 2011).

De ouder reguleert de aandacht van het kind en van zichzelf door gelaatsuitdrukkingen, geluiden en lichaamstaal aan te passen op de signalen van de baby. Aan de andere kant reguleert de baby zijn eigen niveau van opwinding en dat van de ouder door oogcontact met de ouder te zoeken, door de ouder uit te nodigen of juist de blik te ontwijken om overstimulering te voorkomen. Kortom: regulatie is nodig om te voorkomen dat de baby overspoeld raakt door zijn eigen emoties en nieuwsgierigheid te bevorderen.

Kinderen die opgegroeid zijn in tehuizen waar geen vaste verzorgers beschikbaar zijn hebben vaak een neurofysiologisch ontregelde emotieregulatie, zoals blijkt uit de ontregeling van de productie van het stresshormoon cortisol (Gunnar & Vasquez, 2011). Wanneer een kind een veilige gehechtheidsrelatie heeft opgebouwd, wordt de stress en angst bij het kind min of meer 'gebufferd' door de ouder of verzorger waardoor het kind niet overweldigd wordt door zijn of haar eigen emoties. Kinderen met gehechtheidsproblemen ervaren continu stress en hulpeloosheid, die niet door een veilige gehechtheidsfiguur wordt 'gebufferd', zoals dat gebeurt bij veilig gehechte kinderen (Zeanah et al., 1993). Jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie hebben daarom te kampen met inadequate stressregulatie. Bradley (2000) heeft laten zien dat chronische stress op den duur een belangrijke oorzaak is van psychopathologie.

Kinderen met een hechtingsstoornis hebben ernstige problemen in de bovenbeschreven stress- en emotieregulatie. Het mentaliseren is bij hen niet of heel gebrekkig op gang gekomen.

Dit betekent dat het kind bij stress niet over zogenaamde 'coping mechanismen' beschikt om met de stress om te gaan. Het kind valt daarom terug op instinctieve reactiepatronen zoals 'fight-flight' gedrag (Schuengel & Janssen, 2006a; Janssen, Schuengel & Stolk, 2002), en niet planmatig te werk kan gaan in sociale relaties. Het jonge kind kan zich bij niet-gereguleerde stress en emoties ook terugtrekken in zichzelf. Het kind sluit zichzelf als het ware af voor contact door middel van stereotiepe bewegingen zoals schommelen. Rutter , Kreppner, Croft, Murin, Colvert, & Sonuga-Barke (2007) noemt dit gedrag pseudo-autisme. Neurofysiologisch is er dan sprake van het volgende (de Waal, 2006): als er geen respons komt op het huilen, dan raakt het sympathische zenuwstelsel oververhit en schakelt het na verloop van tijd over op de parasympathische tak, er vindt de-activering plaats.

6.6 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. (niveau A2).
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. (niveau A2).

6.7 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, N.J.: Erlbaum.

Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2008). Mentaliseren in de klinische praktijk. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing

Ammaniti, M., van IJzendoorn, M. H., Speranza, A. M., & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment & Human Development, 2*, 328-346.

Atkinson, L., Pagliaa, A., Coolbear, J., Niccols, J., Parker, K. C. H. , & Gugerd, 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 validitei*t. 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.

Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Pijlman, F. T. A., Mesman, J., & Juffer, F. (2008a). Experimental evidence for differential susceptibility to intervention: Dopamine D4 Receptor Polymorphism (DRD4 VNTR) moderates effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized control trial. *Developmental Psychology, 44*, 293-300.

Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Mesman, J., Alink, L. R. A., & Juffer, F. (2008b). Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by DRD4: A randomized control trial on 1-3-year-olds screened for externalizing behavior. *Development & Psychopathology, 20*, 805-820.

Bartelink, C. (2010). *Wat werkt bij hechtingsproblemen.* Nederlands Jeugdinstituut (*www.nji.nl)*

Bartelink, C., Berge, I. J. ten, & Vianen, R. T. van (2015). *Richtlijn Uithuisplaatsing 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 DC, London: American Psychiatric Publishing.

Beckwith, L., Rozga, A., & Sigman, M. (2003). Maternal sensitivity and attachment in atypical groups *Advances in Child Development and Behavior, 30*, 231–274.

Becker-Weidman, A. & Hughes, D. (2008). Dyadic Developmental Psychotherapy: An evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child & Family Social Work, 13,* 329–337.

Beijersbergen, M. (2008). *The Adult Attachment Interview. Coherence & Validation in Adolescents*. Proefschrift Universiteit Leiden.

Belsky, J. Campbell, S., Cohn, J., & Moore, G. (1996). Instability of attachment security. *Developmental Psychology, 32*, 921-924.

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. (1965). *Child care and the growth of love*. London: Penguin Books.

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.

Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford.

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.

Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology, 22*, 177.

Byrne, J. G., O'Connor, T. G., Marvin, R. S., & Whelan, W. F. (2005). Practitioner Review: The contribution of attachment theory to child custody assessments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 115-127.

Carlson, V. Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Finding order in disorganization. In D. Cichetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 494-528). New York: Cambridge University.

Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications.* New York: Guildford Press.

Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Sherman, L. J., Stupica, B., & Lejuez, C. W. (2011). Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Development and Psychopathology, 23*, 131-148.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology, 10*, 283-300.

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.

Chisholm, K. (1998). A Three Year Follow-up of Attachment and Indiscriminate Friendliness in Children Adopted from Romanian Orphanages. *Child Development, 69*, 1092-1106.

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.

Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Landman, M., Molteno, C., Stein, A., & Murray, L. (2009). Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: Randomised controlled trial. *British Medical Journal, 338*.

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.

DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (2008). Attachment and Psychopathology in Childhood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 737-665). New York: The Guilford Press.

Dekker, T. & Biemans, H. (1994). *Videohometraining in gezinnen*. Houten/Zaventem: 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 Lochum.

Didden, R., Collin, Ph., & Curfs, L. (2008). Psychopathologie bij mensen met een verstandelijke beperking. In: W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin, P. M. G. Emmelkamp (Red.), *Handboek psychopathologie deel 1* (pp. 613-637). Houten: Bohn.

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.

van Doesum, K., 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.

Došen, A. (2007). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen: Van Gorcum.

Doughty, C. (2007). *Effective strategies for promoting attachment between young children and their parents.* Christchurch, New Zealand: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA).

Dozier, M., Chase Stovall, K., & Albus, K. E. (1999). A transactional intervention for foster infants' caregivers. In *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* (Vol. 9), pp. 195-220. University of Rochester Press.

Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. E. (2008). Attachment and Psychopathology in Adulthood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 718-744). New York: The Guilford Press.

Dozier, M. (2003). Attachment-based treatment for vulnerable children. *Attachment and Human Development, 5*, 253-257

Dozier, M. & Lindhiem, O. (2006). This is my child: Differences among foster parents in commitment to their young children. *Child Maltreatment, 11*, 338-345.

Dozier, M., Zeanah, C. H., Wallin, A. R., & Shauffer, C. (2012). Institutional Care for Young Children: Review of Literature and Policy Implications. *Social Issues Policy Review, 6*, 1–25.

Dries, L. van, 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.

Dykens, E. M. (2003). Anxiety, Fears, and Phobias in Persons With Williams Syndrome. *Developmental Neuropsychology, 23*, Issue 1-2.

Easterbrooks, M. A. & Biringen, Z. (2009). Introduction to the Special Issue: Emotional availability across contexts. *Parenting-Science and Practice, 9*, 179-182.

Egmond, G. van (1987). *Bodemloos bestaan: problemen met adoptiekinderen*. Ambo.

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.

Fisher, P. A. & Kim, H. K. (2007). Intervention effects on foster preschoolers' attachment-related behaviors from a randomized trial. *Prevention Science, 8*, 161-170.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.

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

Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transformation gap: An end to an important mystery of attachment research? Attachment & Human Development, 7(3), 333-343.

Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review,* 6, 123–151.

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

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

Fukkink, R. G., Trienekens, N., & Kramer, L. (2010). *Video-feedback in opleiding en training: Leren in beeld gebracht.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

George, C., Kaplan, C., & Main, M. (2001). *Gehechtheidsbiografisch Interview, Adult Attachment Interview.* Translation copyright 1996. Universiteit Leiden.

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. J*ournal 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*, *50*, number 3.

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

Groot, J. de (2009). Gehechtheid in de praktijk van de kinderbescherming. In: C. Schuengel, W. Slot, & R. Bullens (Red.), *Gehechtheid en kinderbescherming*. Amsterdam: SWP.

Gunnar, M. R., & Vazquez, D. M. (2001). Low cortisol and a flattening of expected daytime rhythm: Potential indices of risk in human development. *Development and Psychopathology, 13*, 515-538.

Gunther, F. (2004). *Diagnostiek en behandeling van mensen met een visuele en verstandelijke beperking*. Doorn: Bartiméus.

Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview. In J. Cassisy, & P. R. Shaver, *The Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.

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.

Hoegée, J. K. (2013). *Een follow-up onderzoek naar de effectiviteit van mentaliseren bevorderende therapie bij mensen met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht. Faculty of Social and Behavioural Theses.

Hughes, D. A. (2009). *Attachment focused parenting*. New York: Norton.

Hughes, D. A. & Baylin, J. (2012). *Brain based parenting. The neuroscience of caregiving for healthy attachment.* New York: Norton.

Jaffari - Bimmel, N., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Mooijaart, A. (2006). Social development from infancy to adolescence: Longitudinal and concurrent factors in an adoption sample. *Developmental Psychology, 42*, 1143.

Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 445-453.

Juffer, F. (1993*). Verbonden door adoptie. Een experimenteel onderzoek naar hechting en competentie in gezinnen met een adoptiebaby*. Amersfoort: Academische Uitgeverij.

Juffer, F. (2006, vierde druk). *Adoptiekinderen. Opvoeding en gehechtheid in het gezin*. Amsterdam: Boom.

Juffer, F. (2010). De ontwikkeling van geadopteerde kinderen en de betekenis voor pleegzorg. In: P. van den Bergh & T. Weterings (Red.), *Pleegzorg in perspectief. Ontwikkelingen in theorie en praktijk* (pp. 26-34). Assen: Van Gorcum.

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/Taylor & Francis.

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. In: H. Keilson (1992, Engelse editie), *Raad voor de rechtspraak, Research memoranda, nummer 6, Sequential traumatization in children.* Jeruzalem: Magnes Press.

Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F. & Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: Care, Health & Development, 35*, 613-623.

Kerns, K. A., & Richardson, R. A. (2005). *Attachment in middle childhood*. Guilford Press.

Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M., van Doesum, K. T. M. & Hoefnagels, C. (2010). Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 1160–1170.

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

Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., Mangelsdorf, S. C.,& Zevalking, J. (2006b). Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Mental Health Journal, 27*, 466-493.

Klein Velderman, M., Pannebakker, F. D., Fukkink, R. G., de Wolff, M. S., van Dommelen, P., Luijk, P. C. M., & Reijneveld, S. A. (2011). *De effectiviteit van kortdurende video-hometraining in de jeugdgezondheidszorg: resultaten van een studie in gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby.* TNO Child Health, Leiden.

Kohnstamm, R. (2009). *Kleine ontwikkelingspsychologie*. Bohn Stafleu Van Loghum.

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.

Letourneau, N., Stewart, M., Dennis, C., Hegadoren, K., Duffett-Leger, L., & Watson, B. (2011). Effect of home-based peer support on maternal–infant interactions among women with postpartum depression: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing, 20,* 345–357.

Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. M., & Weber, M. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trila of Transference-Focused Psychotherapy for Borderlline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1027-1040.

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

Maas, A. J. B. M., Vreeswijk, C. M. J. M., de Cock, E. S. A., Rijk, C. H. A. M., & van Bakel, H. J. A. (2012). "Expectant Parents": Study protocol of a longitudinal study concerning prenatal (risk) factors and postnatal infant development, parenting, and parent-infant relationships. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth,* 12-46.

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 Develop - ment, 8*, 89-111.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, Growing Points of Attachment Theory and Research*, pp. 66-104.

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 (Eds.), *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.

Murray, A. D. & Yingling, Y. L. (2000). Competence in language at 24 months: Relations with attachment security and home situation, *Journal of Genetic Psychology, 16*, 133-140.

Nicolaï, N. J. (2004). Diagnostiek van gehechtheid en reflectieve functie. In: E. H. M. Eurelings-Bontekoe & W. M. Snellen (Red.), *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

O'Connor, T. G., Bredenkamp, D., & Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal. Special Issue: Disturbances and Disorders of Attachment, 20*, 10–29.

O'Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Review Attachment disorders: assessment strategies and treatment approaches. *Attachment and Human Development, 5*, 223-244.

O'Connor, E. & McCartney, K. (2007), Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms. *Journal of Applied Developmental Psychology, 28*, p.458-476.

Ogden, P. Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy.* New York. London: Norton & Company.

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. ., & 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., 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

Ravna, I. H., Smithc, L., Smebye, N. A., Kynoea, N. M., Sandvikf, L., Bunchb, E. H., & Lindemanna, R. (2011). Effects of early mother–infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: A randomized controlled trial. *Infant Behavior and Development, 35*, 36–47.

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.

Riggs, S. A. & Gottlieb, M. C. (2009). The attachment network in family law matters: A developmental-contextual approach. *Journal of Forensic Psychology Practice, 9*, 208-236.

Robertson, J. & Robertson, J. (1989*). Separation and the very young*. London: Free Association Books.

Roisman, G. I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R. C., Clausell, E., & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and Self-Reports of Attachment Style: An Emperical Rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 678-697.

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.

Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., & Groothues, C. (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 537-549.

Rutter, M., Kreppner, J., Croft, C., Murin, M., Colvert, E., Beckett, C., Castle, J., & Sonuga- Barke, E. (2007). Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 1200-1207.

Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts?. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50(5), 529-543.

Salomon J. & George, C. (1999).The measurement of attachment security in infancy and childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (pp. 287-316). New York: The Guilford.

Schneider, B. H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child–parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology, 37*, 86.

Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Austalian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*, 9-30.

Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self* (Vol. 2). New York: Norton & Company.

Schuengel, C., de Schipper, C., & Sterkenburg, P. (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, tweede druk). *Gehechtheid en kinderbescherming.* 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.

Siegel, D. (1999). The developing mind. New York: Guilford Press.

Slade, A. (2008). The implications of Attachment Theory and Research for Adult Psychotherapy. In J. Cassisy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford Press.

Smyke, A. T. & Zeanah, C. H. (1999) *Disturbances of attachment interview*. Unpublished manuscript, 1999.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood.* New York: Guilford.

Stams, G. J. J. M., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents*. Developmental Psychology, 38*, 806-821.

Stams, G. J. J. M., Noom, M. J., Colonnesi, C., Asscher, J. J., Hoeve, M., ter Borg, E., 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 .

Steele, H., Steele, M., Croft, C., & Fonagy, P. (1999). *Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years.* University College London, *8 (2),* 161-178.

Stein, A., Woolley, H., Senior, R., Hertzmann, L., Lovel, M., & Lee, J. (2006). Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: A randomized, controlled trial of video feedback. *American Journal of Psychiatry, 163*, 899-906.

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., Janssen, 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.

Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 475-495.

Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Accumulating evidence for Parent–Child Interaction Therapy in the prevention of child maltreatment. *Child Development, 82*, 177–192.

Thoomes-Vreugdenhil, A. (1999). *Relationeel gestoorde jongeren: Een onderscheid in verwaarlozingsproblematiek en een behandelingsvoorstel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Thoomes-Vreugdenhil, A. (2006*). Behandeling van hechtingsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Thoomes-Vreugdenhil, A. (2012). *Hechtingsproblemen bij kinderen.* Houten: Lannoo.

Trevarthen, C. (1979). Communication and co-operation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In: M. Bullowa (Ed.*), Before speech. The beginning of interpersonal communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

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 kindertherapie Leidraad voor de praktijk* (2e gewijzigde druk). Assen: Van Gorcum.

Volkmar, F. (1997*). Reactive attachment disorder.* DSM-IV Sourcebook, 5.

Waal, J. de(2006). Gehechtheid en neurobiologie. In: A. Thoomes-Vreugdenhil (Red.), *Behandeling van hechtingsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Waters, E. & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development, 71*, 164-172.

Waters, E., & Deane, K. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50* (Serial No. 209), 41 – 65.

Werner, E. (2000). Protective factors and individual resilience. In: J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (tweede editie; pp. 115-132). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Wijnen-Lunenburg, P., van Beek, F., Bijl. B., Gramberg, P., & Slot, W. (2008). *De familie aan zet. De uitkomsten van Eigen Kracht-conferenties in de jeugdbescherming met betrekking tot veiligheid, sociale cohesie en regie.* Duivendrecht: PI Research/WESP.

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,& van IJzendoorn, M. H. (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, Bakermans-Kranenburg, M. J., van Busschbach, A., Lambermon, M. W. E., van Rijsoort, S. N., de Ruiter, C., , de Wolff, M. S. Zwart-Woudstra, H. A., & Swinkels, M. T. (1991). *Het Gehechtheidsbiografisch Interview: Nederlandse Vertaling en bewerking van het Adult Attachment Interview*. Leiden: Universiteit Leiden.

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, Vereijken, C. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Riksen-Walraven, J. M. (2004). Assessing attachment security with the Attachment Q Sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development, 75*, 1188-1213.

IJzendoorn, M.H. van, & Juffer, F. (2006). The Emanuel Milller Memorial Lecture. Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socioemotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 1228 - 1245.

IJzendoorn, M. H. van (2008). *Opvoeding over de grens. Gehechtheid, trauma en veerkracht*. Amsterdam: Boom Academic.

IJzendoorn, M.H. van & Juffer, F. (2008). Adoptie als interventie (I). Historische, ethologische en ethische achtergronden. *Kind en Adolescent, 29*, 17-30.

IJzendoorn, M. H. van (2010). Gehecht aan pleegouders. In: P. van den Bergh & T. Weterings (Red.), *Pleegzorg in perspectief. Ontwikkelingen in theorie en praktijk* (pp. 13-23). Assen: Van Gorcum.

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., Barton. M., Regan, C. Hirshberg, L. M., & Lipsitt, L. P. (1993). Representations of Attachment in Mothers and Their One-Year-Old Infants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*, 278–286.

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-5.* 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.

Zeanah, C. H., Fox, N. A., & Nelson C. A. (2012). The Bucharest Early Intervention Project: case study in the ethics of mental health research. *Journal of Nervous and Mental Disease, 200*, 243-247.

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.

Zevalkink, J. (2007). De bril van nu: het inkleuren van het heden door ervaringen uit het verleden. In: J. Zevalkink & Q. van Dam (Red.), *Tegenwoordigheid van geest. Het actuele moment in een psychoanalytische behandeling*. Assen: Van Gorcum.

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 Jeugdgezondheidzorg

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 bazig?
   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 vervolg;

- 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 gen 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. Verstoord 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. Verstoord 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.