



Richtlijn

Problematische gehechtheid

Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming

© NVO, BPSW en NIP

© 2020 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen

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

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

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

Herziene versie 2020 (5e druk) op basis van de 4e herziene druk (2017).

Auteurs

Marianne de Wolff
Ilona Wildeman

Ontwikkelwerkgroep

Hedwig van Bakel
Paula Sterkenburg
Francien Dekker – van der Sande
Femmie Juffer
Anniek Thoomes-Vreugdenhil
Henny Steenkamer
Anneke Vinke
Kitty Rosenbrand

Herzieningswerkgroep

Marianne de Wolff (voorzitter)
Hedwig van Bakel
Bram Brienen
Jeroen Brouwer
Alice Faber
Danielle van Kleef
Inge Linde
Priscilla Niemeijer
Ilona Wildeman

Kernaanbevelingen

1. Reageer invoelend en voorspelbaar op de jeugdige die aan je zorg is toevertrouwd, zodat hij of zij¹ een veilige gehechtheidsrelatie kan opbouwen.
2. Investeer in (de relatie met) de jeugdige. Neem de tijd om samen activiteiten te ondernemen, geef de jeugdige je volle aandacht. Luister en kijk goed naar de jeugdige. Benoem wat hij met zijn gedrag laat zien en benoem zijn emoties.
3. 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.
4. Benadruk dat het niet de schuld van de ouders² 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.
5. Stuur een problematische gehechtheidsrelatie tussen jeugdige en ouder bij door de volwassene te begeleiden bij het sensitief en voorspelbaar reageren.
6. Screen altijd op problematische gehechtheid in de volgende situaties:
 - *Wanneer de jeugdige opgroeit in een gezin waarin*
 - vermoedelijk mishandeling, verwaarlozing of huiselijk geweld aan de orde is (geweest);
 - één of beide ouders psychiatrische problemen heeft;
 - de stabiliteit en continuïteit van de ouder-kindrelatie 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.
7. Volg bij iedere plaatsing van een jeugdige onder verantwoordelijkheid van Jeugdhulp het stappenplan *Screening en diagnostiek*.
8. Maak voor het verbeteren van de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kinderen (tot ongeveer zeven jaar) gebruik van erkende preventieve interventies die in de thuissituatie ingezet worden, zoals VIPP-SD (0-6 jaar), de Basic Trustmethode (2-12 jaar), K-VHT (0-4) en Shantala Babymassage individueel (0-1).
Maak voor ouders en jonge kinderen die tot een risicogroep behoren gebruik van erkende interventies die zich specifiek op een bepaalde risicogroep richten, bijvoorbeeld de Ouder-baby interventie voor moeders met een depressie, PCIT voor ouders van kinderen (2-8 jaar) met ernstige gedragsproblemen, of NIKA voor ouders van kinderen (0-6 jaar) met een verhoogd risico op gedesorganiseerde gehechtheid.

1 In het vervolg van deze richtlijn kan waar hij staat ook zij gelezen worden

2 Waar 'ouders' staat, kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.



Maak voor het verbeteren van de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kinderen boven de zeven jaar gebruik interventies uit de DEJ zoals VHT 4-12, of de Basic Trustmethode. Daarnaast kan gebruik worden gemaakt van behandelingen die op de website van het KJP genoemd worden, zoals Sherborne Samenspel, Theraplay, Differentiatie- en Fasetherapie, en DDP.

9. Zie erop toe dat een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie over een langere tijdsperiode gevolgd wordt.
10. Besteed bij een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie ook altijd aandacht aan gedragsproblemen. Besteed bij een jeugdige met gedragsproblemen ook altijd aandacht aan de gehechtheidsrelatie met de ouders.

Inhoudsopgave

Kernaanbevelingen	3
Inleiding	7
Doel van de richtlijn	8
Werkwijze	8
Leeswijzer	9
Basisteksten	10
Hoofdstuk 1. Definitie	11
1.1. Inleiding	12
1.2 Wat is gehechtheid en hoe ontwikkelt zich dat?	12
1.3 Verschillende vormen van onveilige gehechtheid	14
1.4 Problematische gehechtheid: een definitie	16
1.5 Gehechtheid in de praktijk	17
1.6 Wat kunnen jeugdprofessionals doen?	18
1.7 (Multidisciplinaire) samenwerking	19
1.8 Conclusies	19
1.9 Aanbevelingen	20
Hoofdstuk 2. Prevalentie	23
2.1 Hoeveel jeugdigen hebben een problematische gehechtheidsrelatie?	24
2.2 Conclusies	26
Hoofdstuk 3. Oorzaken en kenmerken	27
3.1 Welke factoren beïnvloeden een problematische gehechtheidsrelatie?	28
3.2 Aanbevelingen hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3	34
Hoofdstuk 4. Signalering en diagnostiek	37
4.1 Inleiding	38
4.2 Signaleringsinstrumenten	38
4.3 Diagnostische instrumenten	39
4.4 Conclusies: Stappenplan voor screening en diagnostiek	40
4.5 Aanbevelingen	42
Hoofdstuk 5. Preventie en interventie	45
5.1 Inleiding	46
5.2 Preventieve interventies die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij jonge kinderen (tot en met ongeveer zeven jaar) bevorderen	47
5.3 Preventieve interventies voor specifieke risicogroepen	50
5.4 Interventies die zich richten op de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen vanaf zeven jaar	53
5.5 Behandeling van problematische gehechtheid in de praktijk	56



5.6 Conclusies.....	57
5.7 Aanbevelingen.....	58
Hoofdstuk 6. Prognose	61
6.1 Inleiding.....	62
6.2 Conclusies.....	62
6.3 Aanbevelingen	62
Literatuurlijst	65
Bijlagen	
Bijlage 1. Samenstelling Werkgroep, Projectteam en Klankbordgroep	73
Bijlage 2. Balansmodel voor factoren die een rol spelen in de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie	77
Bijlage 3. Gesprek met ouders/verzorgers over de gehechtheidsontwikkeling	79
Bijlage 4. Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah, 2005).....	83



Inleiding

De *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* biedt handvatten voor de signalering, diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheidsrelaties van jeugdigen 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 et al., 2019). Andersom geldt dat bij jeugdigen met veel probleemgedrag het altijd van belang is om te kijken naar de gehechtheidsrelatie. In deze richtlijn staat de aanpak van gehechtheidsproblemen centraal, ongeacht of het om een biologische of niet-biologische ouder gaat. Met de term 'ouder' wordt in de eerste plaats bedoeld de volwassene die de ouderrol vervult. Het kan bijvoorbeeld gaan om een juridische-/ biologische-/pleeg-/ adoptie- of gezinshuis-ouder of een andere volwassene die de ouderrol vervult.

Een belangrijke boodschap van deze richtlijn is dat herstel van een problematische gehechtheidsrelatie altijd mogelijk is, door continue en sensitieve zorg van de ouder. Veelal zal het nodig zijn dat zowel de biologische als niet-biologische ouder begeleid worden bij het sensitief en voorspelbaar reageren op de jeugdige. Specifieke vragen wat betreft pleegzorg en uithuisplaatsing komen in deze richtlijn niet aan de orde; daarvoor kan de lezer de *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Baat et al., 2019) en de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink et al., 2017) raadplegen.

Deze richtlijn beoogt duidelijk te maken wat problematische gehechtheid precies is, en hoe een problematische gehechtheidsrelatie in de alledaagse praktijk van de jeugdhulp gesignaleerd kan worden. Voor de diagnose en behandeling van een problematische gehechtheidsrelatie zal het in de regel nodig zijn dat de jeugdige verwezen wordt naar andere professionals buiten de jeugdhulp en jeugdbescherming. In deze richtlijn vindt de lezer een eerste overzicht van de daarbij beschikbare interventies.



Doel van de richtlijn

De richtlijn helpt jeugdprofessionals³ 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. Wanneer de gedragsproblemen bij een jeugdige erg complex zijn kan de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2019) uitkomst bieden. Zaken die te maken hebben met uithuisplaatsing komen aan de orde in de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink et al., 2017), en voor vragen met betrekking tot Pleegzorg verwijzen we naar de *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Baat et al., 2019).

Werkwijze

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

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

De beantwoording van deze uitgangsvragen is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van cliënten. De voltallige werkgroep is zeven maal bijeen geweest om conceptteksten, conclusies en aanbevelingen te bespreken. Verder is eenmalig

3 Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) als hbo-opgeleide professionals verstaan.

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 getest .

De eerste versie van de richtlijn is in 2013 landelijk ingevoerd. In de afgelopen vijf jaren konden jeugdprofessionals hun vragen, opmerkingen en verbeterpunten aangeven bij het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. Op basis van deze feedback is een aantal wijzigingspunten opgesteld. Op basis hiervan heeft in 2019 een actualisatie plaatsgevonden van onder meer wetenschappelijke literatuur, interventies en instrumenten. De opbrengst is verwerkt in deze herziene richtlijn. Zie voor een volledig overzicht het verantwoordingsdocument op de website www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Leeswijzer

Deze richtlijn (met bijbehorende werkkaarten) is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van de richtlijn te maken hebben. De richtlijn vormt de neerslag van een groter document, namelijk de 'onderbouwing'. Deze onderbouwing is apart te raadplegen. Bij de herziening van de richtlijn in 2019 is, als aanvulling op de onderbouwing, een verantwoordingsdocument geschreven. Zie voor een volledig overzicht het verantwoordingsdocument op de website www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een cliëntversie van de richtlijn gemaakt. Alle documenten zijn openbaar. Zie www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

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

Basisteksten

Voor deze richtlijn is een aantal basisteksten van toepassing die voor alle *Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* gelden. Deze zijn te vinden op www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Het gaat om de volgende onderwerpen:

- doelgroep van de richtlijnen;
- gedeelde besluitvorming;
- diversiteit;
- beschikbaarheid interventies;
- juridische betekenis van de richtlijnen.

Op deze website is ook een *algemene verantwoording van de werkwijze* bij de ontwikkeling en herziening van de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming te vinden.

Hoofdstuk 1

Definitie



1.1. Inleiding

Een gehechtheidsrelatie is een duurzame emotionele band die een jeugdige⁴ opbouwt met zijn ouder⁵ op basis van opgedane ervaringen met die persoon (Bowlby, 1980). In een veilige relatie heeft de jeugdige vertrouwen in de beschikbaarheid van de opvoeder, terwijl in een onveilige relatie dat vertrouwen ontbreekt. Jeugdigen die een onveilige band hebben met hun ouder(s), hebben een basispatroon van onzekerheid of wantrouwen ten opzichte van anderen dat zich op verschillende manier kan uiten in gedrag. Een onveilige gehechtheidsrelatie moet gezien worden als een risicofactor in de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige. Jeugdigen die onveilig gehecht zijn aan hun ouder(s), hebben een iets grotere kans om gedragsproblemen te ontwikkelen. Maar het feit dat een jeugdige een onveilige gehechtheidsrelatie heeft, maakt ingrijpen niet direct nodig.

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

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

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

1.2 Wat is gehechtheid en hoe ontwikkelt zich dat?

Gehechtheid is een duurzame, affectieve band tussen een kind jeugdige en zijn verzorgers, waardoor de jeugdige zich (emotioneel) veilig voelt. Alle jonge kinderen hechten zich aan de personen die voor hen zorgen, dat kan ook een niet-biologische ouder zijn. Op basis van allerlei dagelijkse interacties tussen kind en ouder komt de gehechtheidsrelatie tot stand in het eerste levensjaar (Bowlby, 1988). De ouder reageert op huilen en lachen, geeft het kind te eten, doet het in bad, troost of kalmeert het kind, verschoont zijn luier, en speelt met het kind. Op die manier verschaffen ouders hun kind een gevoel van veiligheid (Bohlin et al., 2000). Naast de ouders hecht een kind zich aan andere volwassenen die een stabiele rol spelen in zijn leven, zoals de grootouders of een crècheleidster.

4 Met 'kinderen' worden jeugdigen van nul tot twaalf jaar bedoeld, onder 'jongeren' verstaan we jeugdigen van twaalf tot achttien jaar. De term 'jeugdigen' omvat dus zowel kinderen als jongeren. De richtlijn geldt conform de Jeugdwet ook voor personen tot 23 jaar, wanneer zij voor hun achttiende al jeugdhulp ontvingen en deze na hun achttiende verjaardag doorloopt. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.

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

Zo ontstaat een netwerk van gehechtheidsrelaties, al hebben kinderen vaak wel een voorkeur voor de ene persoon boven de andere.

Aan het einde van het eerste levensjaar zijn kinderen doorgaans gehecht aan hun belangrijkste opvoeders. Jonge kinderen laten in hun gedrag zien dat ze gehecht zijn aan hun ouders: ze zoeken nabijheid, troost en bescherming bij die ouder als ze bang, moe of verdrietig zijn. Naarmate een kind ouder wordt verandert dat gehechtheidsgedrag: het kind raakt niet direct van streek als de ouder uit beeld is, en heeft niet altijd de fysieke nabijheid van de ouder nodig. Maar ook voor kinderen in de basisschoolleeftijd geldt dat de gehechtheidsfiguur (de ouder) de voornaamste bron van emotionele en sociale steun is (Koehn & Kerns, 2018).

De basis van een gehechtheidsrelatie wordt gevormd door het intern werkmodel (Bretherton & Munholland, 2008). In dit cognitieve model worden alle verwachtingen ten aanzien van de gehechtheidspersoon opgeslagen op basis van de opgedane ervaringen. Dit werkmodel van gehechtheid is 'veranderbaar': positieve ervaringen met de ouders kunnen een onveilig werkmodel doen veranderen in een veilig model.

Een veilige gehechtheidsrelatie legt een belangrijk fundament voor de optimale ontwikkeling van een kind (Shonkhoff et al., 2006). Kinderen die emotionele veiligheid ervaren in het contact met hun ouders, leren met de hulp van hun ouders hun emoties te reguleren (Mikulincer & Shaver, 2019; Pallini et al., 2018). De gehechtheidsrelatie is verder ook bepalend voor het zelfvertrouwen van een jeugdige en de sociale relaties die hij met anderen aangaat (Cooke et al., 2016; Shaver et al., 2016).

Ook jeugdigen die verwaarloosd of mishandeld worden hechten zich aan hun ouders, maar zij ontlene geen emotionele veiligheid aan deze relatie. De ene keer biedt de ouder steun, maar een andere keer roept dezelfde ouder angst op, bijvoorbeeld omdat de ouder onvoorspelbaar of boos gedrag laat zien. Dergelijke ervaringen kunnen ertoe leiden dat een jeugdige een verstoorde gehechtheidsrelatie ontwikkelt, een relatie die schadelijk is voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige (Allen et al., 2008; Vasileva & Petermann, 2018).

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

Ten eerste, voor het ontstaan van een veilige relatie is het belangrijk dat de ouder sensitief en voorspelbaar reageert op signalen van het jonge kind (Fearon & Belsky, 2018). Dat wil zeggen: de ouder staat open voor de signalen van het kind, begrijpt die signalen goed en kan daarop snel en adequaat reageren. Zo leert het kind dat zijn ouder beschikbaar is als hij zich pijn gedaan heeft of verdrietig of bang is (veilige haven). Ouders bieden een veilige uitvalsbasis doordat ze het zelfvertrouwen van hun kind stimuleren met complimentjes, door samen plezier te maken, maar ook door structuur te bieden en grenzen te stellen, afgestemd op de leeftijd van het kind. Sensitief reageren wil overigens niet zeggen dat het kind altijd zijn zin moet krijgen

of dat de zaken altijd gaan zoals het kind dat wil. Vaak zal het nodig zijn om een compromis te zoeken, of moet de ouder tegen de wensen of verlangens van het kind ingaan. Maar ook dat kan op een sensitieve en invoelende manier. Als je uitlegt waarom je iets doet, en laat zien dat je de gevoelens van het kind serieus neemt, is dat ook sensitief reageren. Sensitief en voorspelbaar reageren is iets wat de meeste volwassenen intuïtief doen, maar dit gedrag kan ook getraind worden, bijvoorbeeld met behulp van een interventieprogramma waarbij ouders feedback krijgen op hun eigen gedrag (Juffer et al., 2017; zie verder hoofdstuk 5 ('Preventie en interventies')).

Een tweede voorwaarde om een veilige gehechtheidsrelatie te kunnen opbouwen is continuïteit in de aanwezigheid van de gehechtheidspersoon. Verondersteld wordt dat kinderen zich aan een beperkt aantal volwassenen kunnen hechten, en dat die volwassenen met enige regelmaat met het kind omgaan, zodat het vertrouwen kan groeien. Het aantal volwassenen dat voor het kind zorgt, is daarom bij voorkeur niet te groot en wisselt niet te vaak. Geschat wordt dat het maximum aantal volwassenen aan wie kinderen zich kunnen hechten ongeveer zes is (Van Ijzendoorn, 2008).

In de derde plaats blijkt uit recent onderzoek dat het vermogen om te 'mentaliseren' door de ouder van groot belang is voor het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie (Zeegers et al., 2017). Mentaliseren houdt in dat de ouder gevoelens en gedachten van de baby ziet en (h) erkent, en daar in zijn gedrag rekening mee houdt. De ouder benoemt wat de baby doet, denkt of voelt. Wanneer de baby bijvoorbeeld huilt, verwoordt de ouder de gevoelens van de baby, bijvoorbeeld: 'Je voelt je niet fijn, je bent erg moe'. Een ouder die mentaliseert verplaatst zich duidelijk in het perspectief van de baby, en verwoordt dat ook. Zo helpt de ouder het kind een veilige gehechtheidsrelatie te ontwikkelen. In hoofdstuk 3 ('Oorzaken en kenmerken') gaan we uitgebreider in op de vraag welke factoren van belang zijn in de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie.

1.3 Verschillende vormen van onveilige gehechtheid⁶

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

⁶ Zie voor een nauwkeurige omschrijving van het verschil tussen onveilige en problematische gehechtheid de onderbouwing van de richtlijn (vanaf pag. 5).

Onder de noemer van 'onveilig gehecht' worden drie⁷ verschillende vormen van onveilige gehechtheidsrelaties onderscheiden: vermijdende, ambivalente en gedesorganiseerde gehechtheid. Deze vormen van onveilige gehechtheid resulteren in verschillend gedrag (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010). Basic Trust heeft een infosheet ontwikkeld waarin deze verschillende vormen gehechtheidsrelaties toegelicht worden aan de hand van alledaagse voorbeelden uit het leven van kinderen van twee tot vijf jaar (Spruit, Willems, Uittenbogaard & Noom, 2018). Zie: <https://www.basictrust.com/bestanden/50/Infosheet-Gehechtheidsrelati.pdf>"infosheet

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

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

Een hechtingsstoornis is een psychiatrische stoornis die ontstaat wanneer het kind geen duidelijk aanwijsbare gehechtheidsfiguur heeft op wie hij zich kan richten (en aangetoond is dat de stoornis niet veroorzaakt wordt door een ontwikkelingsstoornis bij het kind). In feite slaagt het kind er niet in een gehechtheidsrelatie aan te gaan met zijn ouders of verzorgers ten gevolge van verwaarlozing in de eerste jaren. Hiervan is sprake in extreme situaties van verwaarlozing, mishandeling of frequente wisseling van verzorgers.

De DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) onderscheidt twee typen stoornissen:

- de geremde hechtingsstoornis (Reactive Attachment Disorder; RAD). Bij een geremde hechtingsstoornis zoekt een kind geen troost tijdens stress en reageert het niet of zelden op de troost die wordt aangeboden;
- de ontremde contactstoornis (Disinhibited Social Engagement Disorder; DSED). Bij de ontremde contactstoornis benadert een kind onbekende volwassenen met onvoldoende ('normale') terughoudendheid. Dit gedrag wordt ook wel 'allemandsvriend'-gedrag genoemd.

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

Er is veel discussie over de vraag of het ontremde type wel gezien moet worden als een hechtingsstoornis (Giltaij, 2017; Jonkman et al., 2014). In de DSM-5 wordt alleen het geremde type (RAD) als hechtingsstoornis gezien. De Amerikaanse richtlijn met betrekking tot hechtingsstoornissen (Zeanah et al., 2016) rekent echter beide typen (zowel het geremde als het ontremde type) tot de hechtingsstoornissen, en in deze richtlijn volgen we deze beslissing. Verschillende wetenschappers zijn van mening dat een hechtingsstoornis min of meer hetzelfde is als een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. Qua uiterlijke verschijningsvormen bij de jeugdige zijn er zeker duidelijke overeenkomsten (Van IJzendoorn, 2008).

Duidelijk is dat jeugdigen met een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie en/of een hechtingsstoornis *ernstige* problemen hebben op het gebied van gehechtheid: deze jeugdigen worden in hun ontwikkeling bedreigd door de gehechtheidsproblemen, en dat maakt ingrijpen nodig.

Omdat hechtingsstoornissen nog niet zo heel lang als afzonderlijke typen (RAD en DSED) worden onderscheiden, is erg weinig bekend over hun prevalentie en verloop (Grietens, 2009). Volgens de Amerikaanse richtlijn zijn hechtingsstoornissen zeer zeldzaam (Zeanah et al., 2016). In een studie bij vierjarigen die in een instelling zijn opgegroeid bleek 4% een geremde hechtingsstoornis (RAD) te hebben. Ook de ontremde contactstoornis (DSED) komt zeer weinig voor: in een hoogrisico-populatie van Poolse jeugdigen die mishandeling en verwaarlozing meegemaakt hebben, lijdt circa 17-18% aan de ontremde contactstoornis (Gleason et al., 2011).

1.4 Problematische gehechtheid: een definitie

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

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

- jeugdigen die onveilig (vermijndend of ambivalent) gehecht zijn aan hun ouders en bij wie sprake is van probleemgedrag als gevolg daarvan;
- jeugdigen bij wie de gehechtheidsrelatie gedesorganiseerd of verstoord is;
- jeugdigen bij wie de gehechtheidsrelatie verbroken is en die daarvan nog steeds last hebben;
- jeugdigen die een hechtingsstoornis hebben. Daaronder vallen zowel het geremde type (RAD) als het ontremde type (DSED).

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

In deze richtlijn hanteren we een *brede* invulling van de term 'problematische gehechtheid': zowel de psychiatrische stoornis als een onveilige gehechtheidsrelatie met gedragsproblemen vallen eronder. Deze brede definitie garandeert dat er in de jeugdhulp en jeugdbescherming passende aandacht is voor alle jeugdigen met een probleem in de gehechtheidsrelatie.

1.5 Gehechtheid in de praktijk

Als een jeugdige 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 jeugdigen met een *problematische* gehechtheidsrelatie zijn deze zaken minder vanzelfsprekend. Jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie 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 jeugdigen 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 minder zelfvertrouwen dan veilig gehechte kinderen. Jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie laten altijd ook probleemgedrag zien (want zo hebben we een problematische gehechtheidsrelatie omschreven). Heel jonge kinderen kunnen hun gebrek aan emotionele veiligheid of basisvertrouwen ook uiten in niet willen slapen of niet willen eten.

Jeugdigen met ernstige gehechtheidsproblemen zijn zeer onzeker over de emotionele beschikbaarheid van anderen, hebben een laag zelfbeeld en laten zich volledig overweldigen door hun eigen emoties. Vanuit hun onzekerheid hebben deze jeugdigen soms de neiging alles onder controle te willen houden, wat 'bemoezuchtig' kan overkomen. Sommige jeugdigen met ernstige gehechtheidsproblemen uiten hun gebrek aan basisvertrouwen in agressief, dominant gedrag. De jeugdige manipuleert, heeft honger naar (negatieve) aandacht, vertoont druk, overactief gedrag, en heeft geen inzicht in de gevolgen van zijn gedrag. De jeugdige lijkt constant in verzet, reageert prikkelbaar, dramt zijn zin door. Soms doet de jeugdige zichzelf of anderen (emotioneel) pijn of vernielt het spullen. Beloning of straf werkt bij jeugdigen met ernstige gehechtheidsproblemen vaak niet.

Er zijn ook jeugdigen 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 jeugdigen een zodanige gewoonte worden dat ze zichzelf ook niet meer bewust zijn van de gevoelens die ze ervaren. Deze jeugdigen leveren voor de omgeving vaak minder (openlijke) gedragsproblemen op, waardoor het gemakkelijkere kinderen en jongeren lijken. Ze kunnen extreem passief overkomen. 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. Zie voor een praktische toelichting van de verschillende gehechtheidsrelaties de infosheet van Basic Trust: <https://www.basictrust.com/bestanden/50/Infosheet-Gehechtheidsrelati.pdf> infosheet Hier worden de veilige, vermijdende, afwerende en gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie toegelicht aan de hand van alledaagse voorbeelden uit het leven van kinderen van twee tot vijf jaar (Spruit, Willems, Uittenbogaard & Noom, 2018).

1.6 Wat kunnen jeugdprofessionals doen?

Een problematische gehechtheidsrelatie gaat altijd samen met probleemgedrag bij de jeugdige. Bij ernstige gehechtheidsproblemen zijn die gedragproblemen ernstiger. De combinatie van gehechtheidsproblemen en gedragsproblemen 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., 2019). 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.

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 jeugdprofessionals ouders ondersteunen of coachen hoe zij sensitief kunnen reageren op hun zoon of dochter.

Daarnaast zijn er diverse 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 zeven jaar. Ook voor de behandeling van problematische gehechtheid bij kinderen vanaf 7 jaar zijn interventies beschikbaar. Voor gezinnen die tot een specifieke risicogroep behoren zijn eveneens effectieve interventies beschikbaar. Hierbij worden ouders getraind om sensitief en adequaat te reageren op hun kind, of leren mentaliseren (=reflecteren) met behulp van cognitieve gedragtherapie en psychotherapie. 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 niet in staat is om sensitief om te gaan met de jeugdige, of dit te leren. Het kan ook dat die ouder niet meer beschikbaar is voor de jeugdige, of dat er geen sprake is van een stabiele situatie. Dan is bijsturen van ouderlijk gedrag weinig zinvol. In die situaties is het heilzaam voor de jeugdige om zich te hechten aan andere volwassen verzorgers zoals pleeg-/gezinshuisouders, of pedagogisch medewerkers (Juffer, 2010). Er wordt dan een nieuwe gehechtheidsrelatie opgebouwd die deels kan compenseren voor de problematische gehechtheidsrelatie die het kind al eerder had opgebouwd.

Wanneer besloten wordt dat een jeugdige een nieuwe band opbouwt met een volwassene, betekent dat niet dat de band met de ouders verbroken wordt. De gehechtheidsrelatie die een jeugdige in zijn vroege jeugd heeft opgebouwd met zijn ouder(s), moet gerespecteerd worden (Bowlby, 1980; 1988). Het is daarom belangrijk dat het kind in principe contact kan onderhouden met deze gehechtheidspersoon. Alleen in extreme, voor de jeugdige beschadigende, situaties mag de band met de ouder(s) verbroken worden. Gezien de enorme schade die een jeugdige van zo'n scheiding kan ondervinden, is het belangrijk dat er – ook wanneer de jeugdige niet meer bij deze ouder woont toch geprobeerd wordt om contact te onderhouden met deze gehechtheidspersoon.

Voor veel jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie zal niet direct duidelijk zijn of de band met de eigen ouders weer hersteld kan worden, of dat ze een nieuwe gehechtheidsrelatie kunnen opbouwen met een andere volwassene. In dat geval is de jeugdige sowieso gebaat bij verzorgers die sensitief en voorspelbaar reageren op hen. Om sensitief te reageren is het van belang dat de jeugdprofessional oog heeft voor de gevoelens, wensen en behoeften van het kind die achter diens lastige gedrag schuil gaan. Dat vereist veel inzet en geduld. Wat de professional 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 en het vermogen om te reflecteren op zichzelf.

1.7 (Multidisciplinaire) samenwerking

Alle gezinnen en jeugdigen hebben baat bij een goede samenwerking tussen professionals. Dit geldt nog sterker voor gezinnen en jeugdigen die te maken hebben met gehechtheidsproblemen. Voor de diagnostiek en behandeling van gehechtheidsproblemen bij jeugdigen zal het doorgaans nodig zijn te verwijzen naar specialistische jeugdhulp. Als een gezin of jeugdige verwezen moet worden, betrek dan indien mogelijk ouders of jeugdige zelf bij het kiezen van een zorgaanbieder. Zorg verder dat duidelijk is welke professional verantwoordelijk is voor de behandeling van het gezin, en welke vervolgstappen na de behandeling gezet worden. Bij voorkeur vindt er regelmatig overleg plaats tussen een contactpersoon van de basiszorg, een professional van de specialistische hulp en de ouders/jeugdige zelf. Zie ook Verheijden en De Lange (2016).

Ook 'in de breedte' moet er regelmatig samen gewerkt worden met diverse partijen, zoals het onderwijs, de Jeugd-GGZ, Veilig Thuis of volwassenenzorg, wanneer het gaat om gehechtheidsproblemen bij jeugdigen. Bij het verkennen van mogelijke gehechtheidsproblemen, de uitgebreidere diagnostiek en de behandeling is het nodig af te stemmen met andere partijen waarmee het gezin te maken heeft. De aanbeveling is om – indien mogelijk – alle partijen bij overleggen te betrekken, dus zowel de ouders/jeugdige als de professional van de basiszorg (wijkteam) en de specialist.

1.8 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. De relatie met de ouder biedt hem geen emotionele veiligheid. Dit gemis aan basisvertrouwen uit de jeugdige in probleemgedrag. Door te werken aan de gehechtheidsrelatie kan het basisvertrouwen weer hersteld worden.



2. Een problematische gehechtheidsrelatie kan op iedere leeftijd bijgestuurd worden doordat de jeugdige alsnog positieve ervaringen opdoet met deze gehechtheidspersoon. Positieve ervaringen doet een jeugdige op wanneer de gehechtheidspersoon sensitief en voorspelbaar reageert op hem.
3. Een problematische gehechtheidsrelatie kan ook bijgestuurd worden doordat de jeugdige positieve ervaringen opdoet met een andere volwassene. Er wordt dan een nieuwe gehechtheidsrelatie opgebouwd. Bij voorkeur is die persoon iemand met wie de jeugdige al vertrouwd is en die voor langere tijd en regelmatig beschikbaar kan zijn.
4. Voor de meerderheid van de jeugdigen die met jeugdhulp en jeugdbescherming te maken krijgen, zal niet direct duidelijk zijn of de band met de eigen ouders weer hersteld kan worden, of dat ze een nieuwe gehechtheidsrelatie kunnen opbouwen met een andere volwassene. In dat geval is de jeugdige sowieso gebaat bij verzorgers of begeleiders die sensitief en voorspelbaar reageren.
5. Een solide netwerk van gehechtheidsrelaties met volwassen familieleden zoals grootouders, ooms en tantes is van groot belang voor jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie. Dit geldt zowel voor jeugdigen die thuis wonen als jeugdigen die niet meer thuis wonen.
6. Om een veilige gehechtheidsrelatie op te bouwen is het nodig dat de volwassene sensitief en voorspelbaar met de jeugdige omgaat.
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 de jeugdige. 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.
8. De gehechtheidsrelatie die een jeugdige in zijn vroege jeugd heeft opgebouwd met zijn ouder(s), moet gerespecteerd worden. Het is daarom belangrijk dat de jeugdige contact kan onderhouden met deze gehechtheidspersoon.

1.9 Aanbevelingen

1. Stuur een problematische gehechtheidsrelatie tussen jeugdige en ouder bij door de volwassene te begeleiden bij het sensitief en voorspelbaar reageren.
2. Wanneer bijsturing van de problematische relatie niet mogelijk is omdat de volwassene niet beschikbaar is, zorg dan dat de jeugdige een nieuwe gehechtheidsrelatie kan opbouwen met een andere volwassene. Bij voorkeur is die persoon iemand met wie de jeugdige al vertrouwd is en die voor langere tijd en regelmatig beschikbaar kan zijn.

3. Reageer invoelend en voorspelbaar op de jeugdige die aan je zorg is toevertrouwd. Zo kan de jeugdige een veilige gehechtheidsrelatie opbouwen.
4. Investeer in (de relatie met) de jeugdige. Neem de tijd om samen activiteiten te ondernemen, geef de jeugdige je volle aandacht. Luister en kijk goed naar de jeugdige.
5. Met name voor kinderen onder de zes jaar in een residentiële voorziening moet het aantal groeps werkers zo beperkt mogelijk zijn, bijvoorbeeld niet meer dan zes groeps werkers per kind.
6. Zorg dat er regelmatig overleg plaatsvindt tussen de professional van de basiszorg (wijkteam), de professional die specialistische hulp biedt en de ouders/jeugdige zelf.



Hoofdstuk 2

Prevalentie



2.1 Hoeveel jeugdigen hebben een problematische gehechtheidsrelatie?

In dit hoofdstuk zetten we op een rij hoe vaak problematische gehechtheidsrelaties bij jeugdigen voorkomen. De hier gemelde prevalentiecijfers zijn gebaseerd op zowel internationale als Nederlandse studies naar gehechtheid (Jonkman et al., 2014; Gleason et al., 2011; Kay et al., 2016; Zeanah et al., 2016).

Tussen de zestig en zeventig procent van alle gezonde, thuiswonende kinderen heeft een veilige gehechtheidsrelatie met zijn ouders. Het gaat hierbij om kinderen tussen een⁸ en twaalf jaar oud. Veilig gehechte kinderen onderscheiden zich van onveilig gehechte kinderen door het vertrouwen dat zij hebben in zichzelf en in de anderen om hen heen.

Tussen de dertig en veertig procent van alle gezonde, thuiswonende jeugdigen is onveilig gehecht aan zijn ouders, dat wil zeggen: de jeugdige ervaart (iets) meer onzekerheid ten opzichte van zichzelf en de ouders dan veilig gehechte jeugdigen. De jeugdige staat mogelijk minder stevig in zijn/haar schoenen, heeft iets minder zelfvertrouwen, en is minder sociaal vaardig. Een onveilige gehechtheidsrelatie moet niet gezien worden als iets 'pathologisch', veeleer als variatie binnen de normale bandbreedte. Een onveilige gehechtheidsrelatie maakt dat jeugdigen in een minder gunstige Ausgangssituatie verkeren dan veilig gehechte jeugdigen. Deze jeugdigen hebben minder vertrouwen in zichzelf en in anderen. **Maar dat betekent niet dat alle jongeren met een onveilige gehechtheidsrelatie hulp of behandeling nodig hebben.** Het gros van de jeugdigen met een onveilige gehechtheidsrelatie wordt volwassen zonder dat hulp van buitenaf nodig is.

We spreken pas van een problematische gehechtheidsrelatie indien een onveilige gehechtheidsrelatie samengaat met gedragsproblemen bij de jeugdige. Verder worden een gedesorganiseerde of verstoorde gehechtheidsrelatie en een hechtingsstoornis (zowel RAD als DSED) als problematisch beschouwd. Ongeveer vijftien procent van alle kinderen tussen een en twaalf jaar oud heeft een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie (Van IJzendoorn, 2010; Fearon et al., 2010; Groh et al., 2017). Bij deze jeugdigen overheerst wantrouwen in de ander: de ouder-kindrelatie biedt geen emotionele veiligheid. Deze jeugdigen zijn erg onzeker over de emotionele beschikbaarheid van anderen, hebben minder inzicht in hun eigen emoties en het kost hen meer moeite om hun eigen emoties te beheersen. Jeugdigen met ernstige gehechtheidsproblemen zijn dan ook kwetsbaarder voor het ontwikkelen van psychische en gedragsproblemen (Bateman & Fonagy, 2012).

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

- 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 met zijn/haar ouders (Alink et al., 2014; Cyr et al., 2010);

⁸ Rond de eerste verjaardag heeft het kind een gehechtheidsrelatie opgebouwd: het heeft een duidelijke voorkeur voor de ouder.

- dertig procent van de jeugdigen die na hun eerste verjaardag geadopteerd zijn, heeft een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie (Van den Dries et al., 2009);
- 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 pleegouders⁹ (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 veertig procent. Kinderen en jongeren met een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking hebben bovendien vaker een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie (Rutgers et al., 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. In een studie van Zeegers en collega's (2006) bleek dat relatief veel jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in een justitiële behandelingsrichting een problematische gehechtheidsrelatie hebben.

Er zijn weinig gegevens bekend over de prevalentie van hechtingsstoornissen. Vrijwel alle studies hebben betrekking op jeugdigen die opgroeien in tehuizen en niet op kinderen en jongeren die opgroeien in mishandelende gezinnen (Alink et al., 2014). Ook bij tehuis-jeugdigen zijn hechtingsstoornissen zeldzaam: de prevalentie van de geremde hechtingsstoornis (RAD) wordt geschat op vier procent en de prevalentie van de ontremde contactstoornis (DSED) wordt geschat op zeventien à achttien procent (Zeanah et al., 2016).

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.

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

2.2 Conclusies

1. Tussen de dertig en veertig procent van alle gezonde, thuiswonende jeugdigen is onveilig gehecht aan zijn ouders. Door een onveilige gehechtheidsrelatie verkeert een jeugdige in een minder gunstige uitgangssituatie dan veilig gehechte jeugdigen. Deze jeugdigen hebben (iets) minder vertrouwen in zichzelf en in anderen. Dat betekent niet dat alle jongeren met een onveilige gehechtheidsrelatie hulp of behandeling nodig hebben. Het gros wordt volwassen zonder dat hulp nodig is.
2. We spreken van een problematische gehechtheidsrelatie indien een onveilige gehechtheidsrelatie samengaat met gedragsproblemen bij de jeugdige, of wanneer de jeugdige een gedesorganiseerde/ verstoorde relatie of hechtingsstoornis heeft. Naar schatting vijftien procent van alle gezonde thuiswonende jeugdigen heeft een gedesorganiseerde of verstoorde gehechtheidsrelatie.
3. Problematische gehechtheidsrelaties komen vaker voor bij jeugdigen die...
 - opgroeien in gezinnen waarin vermoedelijk sprake is van mishandeling, verwaarlozing of huiselijk geweld;
 - na hun eerste verjaardag zijn geadopteerd of opgroeien in een pleeggezin;
 - opgroeien in een leefgroep of tehuis;
 - opgroeien in een gezin waarvan één of beide ouders psychiatrische problemen heeft;
 - een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking hebben.
4. Hechtingsstoornissen zijn zeer zeldzaam; de prevalentie van de gremde hechtingsstoornis (RAD) wordt geschat op vier procent en de prevalentie van de ontremde contactstoornis (DSED) wordt geschat op zeventien à achttien procent bij kinderen die opgroeien in tehuizen.

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

Hoofdstuk 3

Oorzaken en kenmerken



3.1 Welke factoren beïnvloeden een problematische gehechtheidsrelatie?

Er zijn allerlei factoren die kunnen leiden tot een problematische gehechtheidsrelatie. Vaak is het een combinatie van omstandigheden die maakt dat de gehechtheidsrelatie tussen ouder en jeugdige 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.

Bovenstaande 'groepen' worden hieronder in aparte paragrafen verder toegelicht.

1. Kenmerken en gedrag van de ouder

Wanneer een ouder zelf onveilig gehecht is, is de kans groot dat zijn zoon of dochter óók een onveilige gehechtheidsrelatie ontwikkelt (Madigan et al., 2006,). Voor een groot deel vindt de overdracht van gehechtheid plaats door de mate waarin de ouder sensitief reageert op zijn kind (De Wolff & Van Ijzendoorn, 1997). 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, bijvoorbeeld door minder sensitief en voorspelbaar te reageren op de signalen van het jonge kind. 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 van een ouder om te kunnen mentaliseren/reflecteren, bedreigt de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie. 'Mentaliseren' is het vermogen om na te denken over de eigen innerlijke wereld en die van anderen (Muller & Ten Kate, 2008). Hardop verwoorden wat (volgens de ouder) een kind op dat moment voelt en ervaart, is overigens geen voorwaarde om te kunnen mentaliseren, maar door woorden te geven aan de gevoelens van het kind, laat een ouder of een professional wel zien dat hij/zij mentaliseert. Niet in alle gevallen voelt de ouder de mentale toestand van het kind correct aan. In een normale interactie tussen ouder en kind, vinden voortdurend kleine 'mismatches' plaats, die de ouder vervolgens repareert. Deze ervaringen zijn nodig voor de ontwikkeling van gezonde regulatiepatronen: het kind leert zijn primaire behoeften, gedrag en gevoelens te reguleren met hulp van de ouder (Rexwinkel, Schmeets, & Pannevis, 2011).

Verder is de psychische gesteldheid van de ouder van belang voor de ontwikkeling van gehechtheidsrelaties. Factoren zoals depressie, psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek kunnen de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie met een jeugdige bedreigen (Atkinson et al., 2010; Martins & Gaffan, 2000). Ook is het van belang dat ouders vertrouwen hebben in hun eigen kwaliteit als opvoeder.

Opvoedingonzekerheid en opvoedingsspanning hebben een negatieve invloed op de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie (Atkinson et al., 2010; Diener et al., 2003).

Een aparte risicofactor bij ouders is een licht verstandelijke beperking (LVB), die gekenmerkt wordt door een lage intelligentie in combinatie met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen (De Beer, 2016). Vaak zijn de opvoedingsvaardigheden van deze ouders beperkt omdat de ouder zichzelf overschat en zich slecht kan inleven in zijn kind, wat het vermogen om sensitief te reageren op zijn behoeftes ernstig belemmert (Zoon et al., 2019). Dit verhoogt het risico op een problematische gehechtheidsrelatie bij de jeugdige (Lever, 2015). Een ouder met een LVB reageert veelal te impulsief, te wispelturig of te veel op zichzelf gericht om een jong kind emotionele veiligheid te bieden. Dat maakt dat opvoedproblemen bij ouders met een LVB meestal groter worden als hun kind ouder wordt. Er zijn speciale interventies ontwikkeld voor ouders met een LVB, waarbij bestaande programma's (zoals de VIPP SD) worden aangepast, al zijn de resultaten met deze interventie niet eenduidig (Hodes et al., 2018). Voor het begeleiden van ouders met een LVB zijn aanbevelingen en tips te vinden in de tekst 'Wat werkt voor licht verstandelijk beperkte ouders?' (Zoon, van Rooijen, & Foolen, 2019) via https://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_LVB.pdf. Zie verder ook de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., 2019) voor ouderinterventies.

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

2. Kenmerken van het jonge kind

Eigenschappen van het jonge kind spelen een belangrijke rol in het ontstaan van een gehechtheidsrelatie met de ouder(s). Kinderen die te vroeg geboren zijn, huilen bijvoorbeeld harder en op een hogere toonhoogte dan voldragen kinderen. Dat kan irritatie oproepen. Ook een moeilijk temperament (Putnam et al., 2002) stelt hoge eisen aan de ouder. Kinderen met een moeilijk temperament reageren vaak heftiger op prikkels, zijn vaker in een negatieve stemming en hebben een minder regelmatig slaapwaakritme dan kinderen met een makkelijk temperament. Voor de ouders is het daardoor moeilijker om sensitief op signalen te reageren en soepel met het kind om te gaan. Toch kunnen kinderen die te vroeg geboren zijn of een moeilijk temperament hebben wel degelijk veilige gehechtheidsrelaties met hun ouder(s) ontwikkelen.

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

met een autistische stoornis en/of verstandelijke beperking is het blijkbaar moeilijker om voorspelbare patronen over de ouder in het geheugen op te slaan.

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

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

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

Voor het ontstaan van een veilige, niet-problematische gehechtheidsrelatie is continuïteit in het contact tussen ouder en kind van belang. Wanneer jonge kinderen vaak en veel te maken hebben met wisselingen van opvoeders, bemoeilijkt dit het opbouwen van een veilige relatie (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010).

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

Leeftijd waarop een kind geplaatst wordt in adoptie- of pleeggezin is van belang

Een problematische gehechtheid (vooral de gedesorganiseerde, verstoorde vorm) komt vaker voor bij jeugdigen die geadopteerd zijn en/ of opgroeien in een pleeggezin. Verondersteld wordt dat een voorgeschiedenis van mishandeling of verwaarlozing voorafgaand aan de plaatsing in het adoptie- of pleeggezin hier meespeelt. Maar de leeftijd waarop een kind wordt geplaatst in het adoptie- of pleeggezin is wel van groot belang (Van den Dries et al., 2009). Kinderen die na hun eerste verjaardag worden geadopteerd (op de leeftijd dat zij al een eerste gehechtheidsrelatie hebben opgebouwd) zijn vaker onveilig gehecht dan kinderen die niet geadopteerd zijn. Juist deze kinderen hebben vaak langere tijd in een instelling doorgebracht, en relatief veel geadopteerde kinderen ontwikkelen een gedesorganiseerde gehechtheid (ruim dertig procent, in tegenstelling tot vijftien procent in groepen van niet-geadopteerde kinderen). Als in het eerste levensjaar het basisvertrouwen niet goed tot stand komt, kan dit problemen geven met gehechtheidsrelaties in het latere leven van het kind (van IJzendoorn, 2008). Wanneer de adoptie vóór het eerste levensjaar plaatsvindt, is er geen verschil in gehechtheid tussen geadopteerde en niet-geadopteerde kinderen. Uiteraard blijft alertheid op de gehechtheidsrelatie wel altijd geboden.

Langdurige afwezigheid van de ouder

Soms is een ouder langdurig afwezig, wat afbreuk doet aan de continuïteit in het contact tussen ouder en kind. Jaarlijks horen naar schatting 30.000 jeugdigen dat hun ouders gaan scheiden. Driekwart van de echtscheidingskinderen woont na de scheiding bij hun moeder. Slechts een kwart van de echtscheidingsgezinnen kiest voor co-ouderschap, dus voor veel jeugdigen verdwijnt hun vader voor korte of langere periode meer naar de achtergrond. Naast echtscheiding kan een opname in een ziekenhuis of GGZ- instelling de oorzaak zijn van een langdurige afwezigheid van de ouderfiguur. Uit Amerikaans onderzoek blijkt geen eenduidige samenhang tussen het vóórkomen van echtscheiding en een problematische gehechtheidsrelatie (Feeney & Monin, 2016). Het effect van echtscheiding of een ziekenhuisopname op de gehechtheidsrelatie van de jeugdige wordt door allerlei factoren bepaald, zoals de relatie met de ouders vóór de scheiding of opname, de manier waarop ouders met elkaar omgaan, en de hoeveel contact die de jeugdige met beide ouders onderhoudt. Verondersteld wordt dat hoe jonger de jeugdige is als één van beide ouders langdurig uit beeld verdwijnt, hoe meer impact de afwezigheid van de ouder heeft op de gehechtheidsrelatie.

Naar schatting 25.000 jeugdigen in Nederland hebben een ouder in detentie (Kalverboer, 2017). Bij detentie is de ouder niet alleen afwezig, maar jeugdigen ervaren ook verdriet, boosheid, schaamte, gemis en eenzaamheid vanwege die detentie. Veel van deze jeugdigen ontwikkelen emotionele, gedrags- en/of leerproblemen die soms tot in de volwassenheid voortduren (Kalverboer, 2017). Amerikaans onderzoek heeft laten zien dat veel van deze jeugdigen een onveilige of gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie met de gedetineerde ouder hebben (Murray et al., 2012). In de meta-analyse van Murray et al. (2012) worden als oorzaken genoemd: de plotselinge scheiding van de ouder, een slechte communicatie over de detentie, of een gebrek aan een veilige hechtingsfiguur.

Voor jonge kinderen (van nul tot zes jaar) kunnen de gevolgen van detentie van de ouder - met name de moeder - groot zijn. Verondersteld wordt dat een instabiele en chaotische opvoedsituatie als gevolg van afwezigheid van moeder kan leiden tot een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie (Dallaire, 2007). Ook schoolgaande kinderen en adolescenten hebben te lijden onder de mogelijke veranderingen die plaatsvinden als gevolg van de detentie, bijvoorbeeld een wisseling van school- of thuisomgeving. Financiële moeilijkheden, onzekerheid, schaamte, sociale isolatie, en geheimhouding zijn factoren die het welzijn van de jeugdige in de weg staan. Beschermende factoren zijn onder andere steun vanuit het sociale netwerk en de veerkracht van de jeugdige (Dallaire, 2007; Dallaire et al., 2015).

In Nederland hebben justitiële instellingen voor gedetineerde ouders bezoeksregelingen en speciale ouder- en kindprogramma's ingericht, zodat de jeugdige contact kan onderhouden met de gedetineerde ouder. In de VS is onderzoek gedaan naar effecten van dergelijke bezoeksregelingen – die mogelijk wel verschillen van de Nederlandse situatie – maar de onderzoeksresultaten zijn niet eenduidig: een gevangenisbezoek kan gevoelens van onveiligheid bij de jeugdige vergroten (Dallaire, 2007), anderzijds draagt een gebrek aan contact bij aan vervreemding (Shlafer & Poehlmann, 2010). Het is daarom in geval van detentie belangrijk om het belang van de jeugdige in de gaten te houden, goed te kijken naar de omstandigheden die het welzijn van de jeugdige bevorderen, en de jeugdige goed te informeren over de detentie (Poehlmann, 2010). Lotgenotencontact kan ook helpen.

Concluderend: wat de oorzaak van de afwezigheid ook is, alle jeugdigen zijn gebaat bij voldoende informatie over de afwezigheid van de ouder. Bij voorkeur kan de jeugdige contact onderhouden met de afwezige ouder. In geval van detentie moet wel rekening gehouden worden met de veiligheid van de jeugdige.

4. Gezins- en leefomstandigheden

Verschillende gezinskenmerken kunnen van invloed zijn op de relatie tussen ouder en kind. Denk aan relatieproblematiek tussen opvoeders, financiële problemen of een gebrek aan regelmaat en structuur in het gezin. Uit onderzoek blijkt dat wanneer sprake is van opeenstapeling van vijf verschillende sociaaleconomische risico's (zoals armoede, alleenstaand ouderschap, werkloosheid), er dan bij de jeugdigen in deze gezinnen een verhoogde kans bestaat op een problematische gehechtheidsrelatie. Ouders die zorgen hebben over hun inkomen, over werkloosheid, discriminatie en/of huisvesting zijn soms onvoldoende in staat om sensitief op hun kind te reageren.

Het is niet verwonderlijk dat kindermishandeling een grote invloed heeft op de gehechtheidsrelatie. Wordt een kind mishandeld, dan raakt het verzeild in een onoplosbare paradox ('angst zonder oplossing'; Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010). De gehechtheidsfiguur is zowel een bron van troost en veiligheid als een bron van angst (Hesse & Main, 2006). Onderzoek laat zien dat kinderen en jongeren die mishandeld worden vaker onveilig gehecht zijn dan jeugdigen die niet worden mishandeld. Kindermishandeling vormt dus een groot risico voor het ontwikkelen van een problematische gehechtheidsrelatie.

Complex trauma's en trauma-sensitief opvoeden

Onder een 'complex trauma' verstaan we het ervaren van meervoudige, chronische en aanhoudende traumatische gebeurtenissen die nadelig zijn voor de ontwikkeling van een jeugdige, zoals verwaarlozing, misbruik of mishandeling (De Baat & Berger, 2017). Trauma's bij een jeugdige gaan vaak samen met een problematische gehechtheidsrelatie, waarbij niet altijd duidelijk vast te stellen is wat oorzaak en wat gevolg is. Wanneer een jeugdige traumatische gebeurtenissen meegemaakt heeft, en de ouder reageert daar niet sensitief op, dan kunnen de stressklachten bij de jeugdige verergeren. Als de ouder bijvoorbeeld boos wordt, of zich terugtrekt vanwege depressieve gevoelens, dan is de ouderfiguur zelf een bron van angst voor de jeugdige, in plaats van dat hij veiligheid biedt. Dergelijke verwarrende ervaringen kunnen leiden tot een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie.

Trauma-sensitief omgaan met jeugdigen

Kinderen die te maken hebben met complexe trauma's kunnen sneller en beter geholpen worden als er in hun dagelijkse omgeving ook vanuit kennis over het trauma gekeken en gehandeld wordt. Dit wordt trauma-georiënteerd werken of trauma-sensitief opvoeden genoemd (De Baat & Berger, 2017; Van Grinsven & Holdorp, 2015). Om trauma-sensitief te kunnen opvoeden, zet je als het ware je 'trauma-bril' op. Daarmee observeer je gedrag en gevoelens van de getraumatiseerde jeugdige en interpreteert ze vanuit kennis over wat trauma met een jeugdige kan doen. Door trauma-sensitief om te gaan met jeugdigen, draag je als professional bij aan het herstel. Zie het aparte kader met de vijf pijlers voor trauma-sensitief

opvoeden hierna. Getraumatiseerde kinderen hebben meestal specialistische behandeling nodig. Meer informatie over deze methoden vind je in de Databank Effectieve Jeugdinterventies en de *Richtlijn Trauma voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (i.o).

Vijf pijlers voor trauma-sensitief opvoeden (De Baat & Berger, 2017):

1. *Creëer een veilige, voorspelbare omgeving.*

Dat is een consistente, betrouwbare en responsieve omgeving waarbij een jeugdige weet waar hij aan toe is en zich veilig voelt. Door de jeugdige te betrekken bij beslissingen en geduldig te blijven, kun je de jeugdige weer een gevoel van veiligheid laten ervaren. Het creëren van de juiste voorwaarden voor een veilige leefomgeving voor de jeugdige is bij uitstek de taak van een jeugdbeschermer. Zie ook de *Richtlijn Samen beslissen over passende hulp voor Jeugdhulp en jeugdbescherming*.

2. *Steun de jeugdige bij het (opnieuw) opbouwen van positieve relaties met anderen.*

Positieve relaties zijn belangrijk voor het herstelproces van jeugdigen met een complex trauma. Door het opbouwen van positieve nieuwe relaties kunnen negatieve gevoelens worden omgevormd, en kan alsnog een veilige gehechtheidsrelatie tot stand komen.

3. *Werk aan het leren omgaan met emoties.*

Ongeacht de leeftijd heeft een jeugdige met nare ervaringen iemand nodig bij het leren reguleren van emoties. Niet zozeer om gedrag zoals boosheid of angst te begrenzen, maar om weer rustig te worden.

4. *Werk zoveel mogelijk samen met de ouders, als dat kan.*

Als een jeugdige uit huis geplaatst wordt, richt de begeleiding zich óók op de ouders en het leren omgaan met de uithuisplaatsing. Zij blijven ouders, maar dan op afstand. Welke rol is nog voor hen weggelegd, of voor opa en oma, een tante of leerkracht? Hoe kunnen zij een bijdrage leveren aan het herstel van hun kind? Mogelijk kunnen zij helpen met Mijn Levensboek, dat omschrijft waarom een jeugdige niet meer thuis woont. Voor een jeugdige is het heel belangrijk om te weten dat hij geen schuld heeft gehad aan alle problemen, en niet 'slecht' is. Verder is het van belang dat ouders altijd een plek hebben in het leven van een kind.

5. *Bied de jeugdige psycho-educatie aan.*

Getraumatiseerde kinderen en jongeren dragen een 'onzichtbare koffer' mee, gevuld met negatieve opvattingen: over zichzelf, de mensen en de wereld in het algemeen. Zij zien vaak geen verband tussen hun gedragsproblemen en hun traumatische ervaringen. Als jeugdprofessional kun je de effecten van complex trauma uitleggen. Begrip kan de jeugdige motiveren om hulp te accepteren.

5. Kan gedesorganiseerde gehechtheid worden hersteld?

Ook in risicovolle omstandigheden, zoals bij arme gezinnen waarin sprake is (geweest) van mishandeling, blijken ouders te profiteren van interventies die gericht zijn op het vergroten van hun sensitiviteit. Zulke interventies kunnen van een onveilige gehechtheidsrelatie een veilige maken. Een Nederlandse studie bij adoptiegezinnen gaf hetzelfde hoopvolle beeld: het is mogelijk om door een interventie de sensitiviteit van adoptiemoeders te vergroten en zo het risico op gedesorganiseerde gehechtheid te verkleinen (Bakermans-Kranenburg et al., 2005; Juffer et al., 2017). In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op beschikbare interventies.

Conclusies

1. Er zijn allerlei redenen waarom de gehechtheidsrelatie van een jeugdige met zijn ouder(s) niet goed tot stand komt. We onderscheiden factoren op vier niveaus:
 - a. bij de ouder:
 - het vermogen om sensitief en voorspelbaar te reageren,
 - het vermogen om te mentaliseren/reflecteren,
 - de psychische gesteldheid van de ouder,
 - een LVB bij de ouder;
 - b. bij de jeugdige: moeilijk temperament, vroeggeboorte, ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis, verstandelijke beperking;
 - c. de gezins- en leefomstandigheden waaronder de jeugdige opgroeit: opeenstapeling van sociaal-economische risico's zoals armoede, slechte huisvesting, en werkloosheid; mishandeling en/of verwaarlozing,;
 - d. onvoldoende stabiliteit of continuïteit van het ouder-kindcontact, bijvoorbeeld door echtscheiding, een ziekenhuisopname of detentie van de ouder.
2. Vaak is het een combinatie van factoren die maakt dat de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind niet goed tot stand komt. Het is daarom nooit de 'schuld' van ouders wanneer een jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft.

3.2 Aanbevelingen hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3

1. Screen altijd op problematische gehechtheid in de volgende situaties:
 - wanneer een jeugdige opgroeit in een gezin waarin vermoedelijk mishandeling, verwaarlozing en/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 jeugdige een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking heeft;
 - wanneer de stabiliteit en continuïteit van de ouder-kindrelatie bedreigd wordt of doorbroken is, bijvoorbeeld door het verlies van een gehechtheidsfiguur, door echtscheiding, bij een ziekenhuisopname of detentie van de ouder;
 - als de jeugdige geadopteerd is of opgroeit in een pleeggezin.

2. Kijk uit voor het beschuldigen van ouders. Heb daarentegen juist oog voor de pijn en het gevoel van falen wanneer hun zoon of dochter een problematische gehechtheidsrelatie heeft (zie ook hoofdstuk 5).
3. Zorg bij langdurige afwezigheid van de ouder voor voldoende informatie over de afwezigheid van de ouder. Zorg ook dat de jeugdige met deze ouder contact kan onderhouden (met inachtneming van de veiligheid van de jeugdige).



Hoofdstuk 4

Signalering en diagnostiek



4.1 Inleiding

Diagnostisch onderzoek naar problematische gehechtheid is voorbehouden aan professionals die een grondige kennis van de gehechtheidstheorie hebben en getraind zijn in algemene diagnostische vaardigheden. In de regel zal dit een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, een orthopedagoog-generalist of een kinderpsychiater zijn. Voor gedragswetenschappers in de (specialistische) jeugdhulp en jeugdbescherming zijn enkele instrumenten beschikbaar die als eerste screening kunnen worden ingezet. Zo kunnen jeugdprofessionals nagaan of een jeugdige inderdaad problemen heeft met gehechtheid. Als zulke problemen worden vermoed, moeten zowel de jeugdige als de ouder geobserveerd en geïnterviewd worden. Wordt het vermoeden bevestigd, dan moet een gedragsdeskundige ingeschakeld worden die de diagnose kan stellen. Eerst gaan we in op de afzonderlijke onderdelen. Bij het gebruiken van een instrument is het belangrijk om de kwaliteit ervan vast te stellen, bijvoorbeeld door de COTAN documentatie te raadplegen (www.cotandocumentatie.nl).

4.2 Signaleringsinstrumenten

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

- De *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* (LSVG; Boris & Zeanah, 2005) is een korte lijst om een vermoeden van een problematische gehechtheidsrelatie te bevestigen of te weerleggen bij kinderen van 1- 5 jaar oud. De lijst kan samen met de ouders ingevuld worden of door een professional die het kind goed kent. Er worden acht specifieke gedragingen van het kind ten opzichte van de ouder uitgevraagd, bijvoorbeeld: 'zoekt het kind troost als het zich bezeerd heeft?', 'Toont het kind positieve affectie naar de ouder?', 'Hoe reageert het kind op onbekende mensen?' Per gedrag wordt samen met de ouders een score bepaald. De totaalscore geeft aan hoe waarschijnlijk een problematische gehechtheidsrelatie is (hoe hoger de score, hoe groter de kans op problemen, met een afkapwaarde). De LSVG kan door professionals zonder specifieke training afgenomen worden. Wel is kennis van de gehechtheidstheorie en bekendheid met (de ontwikkeling van) veilig en meer onveilig gehechtheidsgedrag nodig. Zie bijlage 4 voor de LSVG.
- De *Attachment Relationship Inventory Caregiver Perspective 2-5 years* (ARI-CP 2-5) (Spruijt et al., 2019) is een vragenlijst die door de ouder in circa vijftien minuten ingevuld kan worden. De vragenlijst bevat achtenveertig stellingen en beoogt inzicht te geven in de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie, vanuit het perspectief van de ouder. Bijvoorbeeld: 'Mijn kind en ik hebben plezier met elkaar', 'mijn kind vraagt weinig hulp aan mij', of 'mijn kind raakt volledig in paniek, ook al is er weinig aan de hand'. De ARI-CP 2-5 resulteert in scores op vier schalen (overeenkomstig de verschillende classificaties): veilig, vermijdend, ambivalent en gedesorganiseerd. Bij de ARI-CP 2-5 zijn ondersteunende materialen ontwikkeld zoals een infosheet over gehechtheidsrelaties voor professionals, een factsheet over de ARI-CP en een handleiding (te downloaden via <https://www.basictrust.com>). Voor de afname en interpretatie van de ARI-CP 2-5 wordt enige kennis van gehechtheid als voorwaarde gesteld.
- *Attachment Insecurity Screening Inventory 6-12* (AIS; Spruit, Wissink et al., 2018) is een korte vragenlijst, die door de ouder van 6-12 jarigen ingevuld kan worden. Er zijn 20 vragen hoe vaak bepaald hechtingsgedrag voorkomt bij het kind. Bijvoorbeeld: "Probeert uw kind u te

dwingen om te doen wat hij/zij wil?" Daarnaast zijn er enkele open vragen waarbij de invuller een uitgebreide toelichting kan geven. Bijvoorbeeld "Beschrijf uzelf als opvoeder in enkele steekwoorden". De antwoorden op de open vragen kunnen alleen door een geschoold diagnosticus geïnterpreteerd worden. De vragenlijst meet gehechtheidsproblemen als geheel, en daarnaast worden scores gegeven voor de verschillende gehechtheidsstijlen (vermijnd, ambivalent, of gedesorganiseerd).

- *Child Behaviour Checklist* (CBCL), Youth Self Report (YSR) en Teacher's Report Form (TRF) (Achenbach & Rescorla, 2001). Deze vragenlijsten kunnen worden ingezet als algemeen screeningsinstrument zodat duidelijk wordt welke gedragsproblemen aan de orde zijn bij een jeugdige. De CBCL is bedoeld voor ouders, de YSR voor jeugdigen vanaf elf jaar, en de TRF voor leerkrachten. Voor LVB-jeugdigen is de Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag (VOG) geschikter dan de CBCL (Koot & Dekker, 2001).
- *Emotional Availability Scales* (EAS; Biringen et al., 2000). Dit zijn observatieschalen waarmee sterke en zwakke kanten van de ouders in de omgang met hun zoon of dochter beoordeeld kunnen worden. Ook de responsiviteit van de jeugdige (d.w.z. de mate waarin hij reageert op de ouder) kan met deze schalen beoordeeld worden.

4.3 Diagnostische instrumenten

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

De volgende diagnostische instrumenten zijn wel geschikt voor gebruik in de klinische praktijk. In de regel zal het nodig zijn om voor de diagnostiek professionals uit de specialistische jeugdhulp in te zetten. De professional moet voor de afname van de instrumenten en voor een correcte interpretatie van de uitkomsten goed op de hoogte zijn van de gehechtheidstheorie en geschoold zijn in diagnostische vaardigheden. In de regel zal de professional een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, of een orthopedagoog-generalist zijn.

- De *Attachment Story Completion Task* (ASCT; Bretherton, 2005) is een meetinstrument dat ingezet kan worden bij kinderen tussen de vier en twaalf jaar oud. Het kind krijgt een verhaaltje met poppetjes aangeboden en de testleider nodigt het kind uit om het verhaaltje af te maken. In spel kan het kind laten zien hoe hij omgaat met de conflicten en emoties. In onderzoek zijn zinvolle samenhangen gevonden tussen de ASCT en de Vreemde Situatie procedure (Zevalkink, 2005). Sterk aan het instrument is dat het minder dan interviews een beroep doet op de talige vaardigheden van een kind.
- *Disturbances of Attachment Interview* (DAI; Smyke & Zeanah, 1999, in het Nederlands vertaald door Schuengel en Oosterman (2010)) is een kort, half- gestructureerd interview met de ouder(s) over verstoord gehechtheidsgedrag van de jeugdige. In twaalf vragen worden gedragingen geïnventariseerd die zouden kunnen wijzen op een problematische gehechtheidsrelatie. Het instrument sluit goed aan bij de beschrijving van de DSM-5-criteria voor de beide typen hechtingsstoornissen (RAD en DSED), en is voldoende valide gebleken .

- *Child Attachment Interview (CAI)* (Shmueli-Goetz et al., 2008). De CAI is een vergelijkbaar interview als de DAI, maar dan voor jeugdigen (van acht tot zestien jaar). Uitkomsten van een valideringsstudie laten zien dat het interview een veelbelovende maat is om de kwaliteit van de ouder-kindrelatie vast te stellen vanaf acht jaar (Shmueli-Goetz et al., 2008).
- *Parent Development Interview (PDI)* (Aber et al., 1999) is een half-gestructureerd interview met de ouders dat is gebaseerd op het wetenschappelijke Gehechtheids Biografisch Interview. Er worden vragen gesteld over het reflecterend vermogen van de ouders en over de ervaringen met hun zoon of dochter. Met behulp van het PDI wordt inzicht verkregen in de percepties van de ouders betreffende hun kind, zichzelf als ouder en de ouder-kindrelatie. Hoe uitkomsten van dit interview samenhangen met andere instrumenten is niet onderzocht (Van Hoof, 2017).
- *Working Model of Child Interview (WMCI)* (Zeanah & Benoit, 1995). Dit is een interview om in beeld te brengen hoe de ouders tegen de relatie met hun zoon/dochter aankijken. In het interview komen de ervaringen en percepties van de ouders betreffende hun kind en de relatie met hun kind aan bod. Naast interne representaties van ouders over hun kind kan ook het mentaliserend vermogen van de ouder worden nagegaan (Madigan e.a. 2015).
- *Klinische Observatie van Gehechtheid (Clinical Observation Attachment; COA)*. De COA (Boris et al., 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, 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).

4.4 Conclusies: Stappenplan voor screening en diagnostiek

Dit stappenplan is een vereenvoudigde versie van de *best-practice* die beschreven wordt door Dekker-Van der Sande en Janssen (2010). Het stappenplan is ontwikkeld voor jeugdigen met een visuele en/of licht verstandelijke beperking. Hier bevelen we het plan aan voor gebruik in de jeugdhulp en jeugdbescherming, ook bij niet-beperkte jeugdigen. Bij elke volgende stap is meer specifieke deskundigheid vereist:

- **Stap 1** kan door alle jeugdprofessionals worden uitgevoerd;
- **Stap 2** kan door gedragswetenschappers in samenwerking met jeugd- en gezinsprofessionals worden uitgevoerd;
- **Stap 3** vereist specifieke kwalificaties om de verschillende instrumenten af te kunnen nemen en de uitkomsten ervan te kunnen interpreteren (GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, orthopedagoog-generalist, of professionals in de specialistische jeugdhulp).

Stap 1: Wees alert op gehechtheid

De jeugdprofessional let 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: Bij een vermoeden van een problematische gehechtheidsrelatie, voer een korte screening uit of zorg ervoor dat deze wordt uitgevoerd.

De jeugdprofessional voert een eerste gesprek met de ouders (of de volwassene die de ouderrol vervult) bij wie de jeugdige opgroeit of opgegroeid is, om de voorgeschiedenis van de jeugdige te verkennen. De informatie die de ouders aandragen, kan worden aangevuld met gegevens uit het dossier van de jeugdige. Het is de bedoeling dat een globaal beeld ontstaat van de volgende aandachtspunten:

- Zijn er aanwijzingen voor verwaarlozing, mishandeling of het negeren van basale fysieke en emotionele behoeften van de jeugdige?
- Is Veilig Thuis betrokken (geweest) bij het gezin of zijn er juridische maatregelen aan de orde?
- Zijn er wisselingen van ouders/verzorgers geweest?
- Is er sprake van een uithuisplaatsing op jonge leeftijd?
- Heeft de jeugdige ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt?

Verder is van belang dat samen met de ouders de belemmerende en beschermende factoren op alle vier niveaus in kaart gebracht worden: ouder, jeugdige, 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.

- a. De gedragswetenschapper zet een kort signaleringsinstrument in (of zorgt dat het instrument wordt afgenomen). De mogelijkheden zijn:
 - de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG)* voor kinderen tot 5 jaar (zie bijlage 4).
 - de *ARI-CP (2-5)* bij kinderen tussen 2 en 5 jaar (zie <https://www.basictrust.com/vragenlijsten>).
 - de *AISI (6-12)* bij kinderen tussen 6 en 12 jaar (zie <https://www.basictrust.com/vragenlijsten>).
- b. 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.
- c. De gedragswetenschapper en jeugd- en gezinsprofessional ronden samen 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, ga naar stap 3.

Stap 3: Bij aanwijzingen voor gehechtheidsproblemen: uitgebreider onderzoek door een 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 van een klinisch instrument bij de ouder of de jeugdige zelf om beter zicht te krijgen op het werkmodel van de ouder/jeugdige. Mogelijke instrumenten die bij de **ouder** worden afgenomen:
- Disturbances of Attachment Interview (DAI);
 - Parent Development Interview (PDI);
 - Working Model of Child Interview (WMCI).
- Mogelijke instrumenten die bij de **jeugdige** worden afgenomen:
- Attachment Story Completion Task (ASCT);
 - Child Attachment Interview (CAI);
 - Klinische Observatie van Gehechtheid (COA).
- c. Zorg ervoor dat eventuele video-opnamen van interacties tussen het jonge kind en de volwassene aan wie het kind problematisch gehecht is, bekeken worden. Maak daarbij gebruik maken van de Emotional Availability Scales (EAS; Biringen et al., 2000).
- d. Op basis van het totaalbeeld wordt vastgesteld welke behandeling of begeleiding nodig is.
- Verwijs bij ernstige problemen op het gebied van gehechtheid door naar een GZ- psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP of orthopedagoog-generalist met relevante scholing in gehechtheidsproblematiek.
 - Beoordeel of er sprake is van een hechtingsstoornis zoals gedefinieerd door de DSM-5, en of er eventueel sprake is van comorbiditeit.

4.5 Aanbevelingen

Voor ouders/verzorgers die dagelijks met de jeugdige omgaan

Let erop of de jeugdige zich op z'n gemak voelt bij de personen aan wie hij gehecht is. Voelt de jeugdige zich veilig 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.

Voor alle jeugdprofessionals

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. Raadpleeg eventueel de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* (zie bijlage 4) om te checken welke gedragingen van de jeugdige zouden kunnen wijzen op een problematische gehechtheidsrelatie. Deze lijst wordt nog niet afgenomen.
2. Benadruk in het contact met de ouders dat een combinatie van verschillende factoren in jeugdige, ouders en omgeving kan leiden tot een problematische gehechtheidsrelatie. Benadruk dat het niet de schuld van de ouders is dat de jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft, maar dat de ouders wel kunnen bijdragen aan herstel van de gehechtheidsrelatie!

3. Heb oog voor de eigen problemen van de ouders: vaak hebben ouders zelf een onveilig werkmodel van gehechtheid, het kan zijn dat de ouders zelf slachtoffer zijn (geweest) van mishandeling, verwaarlozing en/ of huiselijk geweld. Ook kunnen er psychiatrische problemen aanwezig zijn. Problemen op het werk, in de familie of het gezin (verlies en/of relatieproblemen/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 gedragswetenschappers (in samenwerking met de jeugd- en gezinsprofessional)

1. Volg bij iedere plaatsing van een jeugdige het Stappenplan voor screening en diagnostiek.
2. Bestaat het vermoeden dat een jeugdige een problematische gehechtheidsrelatie heeft, onderzoek dit dan systematisch, liefst op meerdere manieren of laat dit onderzoeken. Volg het stappenplan. Hierin staat dat er bij een vermoeden altijd een gesprek met de ouders plaatsvindt over de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie, en een kort instrument wordt afgenomen om gehechtheidsproblemen te kunnen signaleren: de LSVG of de ARI-CP voor kinderen tot vijf jaar, en de AISI voor kinderen tussen zes en twaalf jaar. Het brede functioneren van de jeugdige wordt onderzocht met CBCL/TRF/YSR of VOG (stap 2).
3. Wanneer het nodig is de gehechtheidsproblemen uitgebreider te onderzoeken (stap 3), neem dan een klinisch instrument af of laat dit afnemen. Observeer de interactie tussen ouder en kind, eventueel met behulp van een videocamera.
4. Voer onderzoek naar problematische gehechtheid zo veel mogelijk multidisciplinair uit. Dat wil zeggen dat bij het onderzoek een (GZ-)psycholoog of orthopedagoog-generalist, een psychotherapeut en vaktherapeuten betrokken zijn. Baseer het onderzoek ook op verschillende instrumenten, en volg een heldere procedure, zoals het stappenplan. Vaktherapeuten kunnen sowieso als gespecialiseerde professionals in een multidisciplinaire setting bijdragen aan het onderzoek naar verstoringen in de interactie als gevolg van problematische gehechtheid.

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

Hoofdstuk 5

Preventie en interventie



5.1 Inleiding

Jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie zijn geholpen met positieve, correctieve gehechtheidservaringen met die gehechtheidspersoon. Als een kind of jongere een problematische gehechtheidsrelatie heeft met zijn ouder, zou het goed zijn wanneer die ouder zijn gedrag zodanig ombuigt of bijstelt dat hij op een sensitieve en voorspelbare manier op zijn kind gaat reageren.

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

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

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

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de diverse interventies en behandelingen voor jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie. In paragraaf 5.2 komen *erkende* interventies aan bod die gericht zijn op het verbeteren van de sensitiviteit van de ouder/ verzorger. Deze preventieve interventies zijn geschikt voor ouders van kinderen tot ongeveer zeven jaar, en maken gebruik van begeleiding door middel van videofeedback. Door de video-opnames krijgen ouders in de gaten op welke momenten zij sensitief en voorspelbaar gedrag laten zien. Videofeedback kan worden ingezet door een ambulante begeleider of een gedragswetenschapper, nadat deze hiervoor specifiek getraind is. Doorgaans zal het nodig zijn om specialistische jeugdhulp hiervoor in te schakelen.

In paragraaf 5.3 wordt een beknopt overzicht gegeven van preventieve interventies die bedoeld zijn voor ouders en jonge kinderen die tot specifieke risicogroepen behoren, zoals ouders van adoptie- of pleegkinderen, moeders met een depressie, of tienermoeders. In paragraaf 5.4 tenslotte komen interventies aan bod die gehechtheidsproblemen bij jeugdigen ouder dan zeven jaar behandelen. Zij hebben in de regel ernstiger problemen op het gebied van gehechtheid dan jonge kinderen. De behandelingen kunnen aangeboden of geïndiceerd worden door een gedragswetenschapper die gespecialiseerd is in diagnostiek en behandeling. Dat is meestal een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, of een orthopedagoog-generalist.

In onze bespreking van interventies gaan we voorbij aan methoden waarbij dwang gebruikt wordt. Denk aan holding-therapieën waarbij de jeugdige tegen zijn wil in wordt vastgehouden door de ouder of therapeut. Het gebruik van dwang is het tegenovergestelde van sensitiviteit, en kan daarmee nooit een veilige gehechtheidsrelatie bevorderen. Gehechtheid draait om nabijheid en intimiteit, in de betekenis van verbondenheid. Zoiets kun je niet afdwingen, het ontstaat spontaan in een relatie waarin kind en ouders zich geborgen weten. Ook van regressietherapieën is inmiddels bekend dat deze eerder kwaad dan goed doen (Chaffin et al., 2006; Pignotti & Mercer, 2007).

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

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

Er zijn diverse interventies in Nederland erkend die de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie bij jonge kinderen (tot en met zeven jaar) stimuleren. De VIPP-SD (Juffer et al., 2016; 2017), Basic Trustmethode (Polderman et al., 2016; Van der Ham, 2019) en Kortdurende Video Home Training (K-VHT) zijn interventies waarbij ouders in de thuissituatie video feedback en psycho-educatie krijgen om het gewenste opvoedgedrag bij de ouder (meestal de moeder) te versterken. Shantala babymassage is een individuele voorlichting die een JGZ-verpleegkundige bij moeders thuis aanbiedt. Moeders worden op een positieve manier gestimuleerd om contact te maken met hun baby. De VIPP-SD en de Basic Trustmethode zijn beide bewezen effectief, de andere interventies zijn alleen theoretisch onderbouwd. Zie Tabel 1 voor een overzicht.

Uit een meta-analyse van Bakermans-Kranenburg et al. (2003) blijkt dat met name kortdurende interventies gericht op het verbeteren van de sensitieve opvoedingshouding van de ouder effectief zijn.

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 positief en sensitief op het kind reageerde. Door het positieve gedrag van de ouder uit te vergroten en de aandacht te vestigen op de positieve effecten die dat gedrag op het kind heeft, wordt de ouder gestimuleerd om zulk gedrag veel vaker te laten zien. Dankzij de videofeedback verbeteren ouders 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. Ook voor pleeg/stief- en adoptieouders kunnen deze interventies een goed middel zijn, eveneens ter voorbereiding op de komst van hun kind. In tabel 1 is een overzicht van de interventies opgenomen.

Tabel 1. Preventieve interventies die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij jonge kinderen (nul tot zeven jaar) bevorderen

Interventie	Doel	Doelgroep	Erkenningsniveau	Onderzoek
VIPP-SD (Juffer et al., 2016; 2008)	Het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de opvoeder waardoor positieve interacties toenemen en gedragsproblemen voorkomen of verminderd worden.	Opvoeders met problemen bij sensitief opvoeden of grenzen stellen bij kinderen tussen 0 en 6 jaar.	DEJ: Effectief volgens sterke aanwijzingen.	De effectiviteit op het bevorderen van sensitief opvoedingsgedrag werd aangetoond in twaalf RCT's in Nederland en diverse andere landen.
Basic Trust methode (Polderman et al., 2016)	Het terugdringen van de gedrags- of emotionele problemen door middel van het versterken van de gehechtheidsrelatie.	Ouders van (adoptie- en pleeg)kinderen van 2 tot en met 12 jaar, met (ernstige) gedragsproblemen en/of emotionele problemen.	DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen.	Er zijn een pilot-onderzoek en twee veranderingsonderzoeken uitgevoerd met positieve effecten op gehechtheid en internaliserende en externaliserende probleemgedrag bij het kind.
K-VHT (0-4) (Eliëns & Prinsen, 2017)	Het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouder.	Ouders met opvoedingsvragen over kinderen tot 4 jaar.	DEJ: Goed onderbouwd.	Een kleine RCT in gezinnen met een huilbaby liet zien dat moeders het huilen van hun kind minder negatief percipiëren, en positieve effecten op sensitiviteit. Twee studies bij ouders van prematuur geboren kinderen tonen positieve effecten op de sensitiviteit aan.
Shantala Baby massage (individueel, via de JGZ)	Het verbeteren van het contact tussen moeder en kind. De interventie combineert babymassage met opvoedingsvoorlichting in drie huisbezoeken.	Moeders die een verhoogd risico hebben op laag-sensitief opvoedgedrag, en met een baby in de leeftijd van 6 weken tot 9 maanden oud.	DEJ: Goed onderbouwd.	Uit een procesevaluatie met 85 gezinnen (ook multiprobleemgezinnen) blijkt dat ouders positief zijn over de cursus en volgens hen is hun kind rustiger geworden.

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

- effectief volgens sterke aanwijzingen;
- geschikt voor ouders van kinderen van nul tot en met zes jaar;
- geschikt voor opvoeders met problemen bij sensitief opvoeden of grenzen stellen, resulterend in problemen in de ouder-kind relatie en (een verhoogd risico op) externaliserende gedragsproblemen bij het kind;
- doel is het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden (sensitief disciplineren) van de ouder;
- kan ook toegepast worden bij pleegouders, adoptieouders, en professionele opvoeders in de kinderopvang.

VIPP-SD (Juffer et al., 2017) is een interventie gericht op het verhogen van de sensitiviteit en het verbeteren van disciplineringsstrategieën van opvoeders, met als einddoel het bevorderen van positieve interacties tussen opvoeder en kind en het voorkomen (preventies) of verminderen (curatief) van gedragsproblemen bij kinderen tot 6 jaar. Het programma beoogt de opvoedingsvaardigheden van de ouders te versterken door aandacht te schenken aan positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Tijdens zeven huisbezoeken krijgen de ouders feedback op video-opnamen van interacties tussen ouders en kind. Dat werkt. De VIPP-SD-interventie is effectief gebleken bij ouders met een belast, onveilig gehechtheidsverleden, bij ouders met een eetstoornis, bij insensitieve ouders en bij risicogroepen, bijvoorbeeld kinderen met externaliserend probleemgedrag of adoptie- en pleegkinderen.

Basic Trustmethode

- effectief volgens eerste aanwijzingen;
- geschikt voor ouders van kinderen van twee tot en met twaalf jaar;
- geschikt voor kinderen met (ernstige) gedragsproblemen en/of emotionele problemen;
- doel is het terugdringen van de gedrags- of emotionele problemen door middel van het versterken van de gehechtheidsrelatie;
- ook geschikt voor adoptie- en pleegkinderen.

De Basic Trustmethode (Polderman et al., 2016; Van der Ham, 2019) is een kortdurende interventie voor kinderen van twee tot en met twaalf jaar die kampen met gedrags- en/of emotionele problemen en een problematische gehechtheidsrelatie. In acht tot twaalf sessies worden aan de hand van video-opnamen van een spel- of opvoedingssituatie opvoeders bekrachtigd in reeds gehanteerde vaardigheden volgens met schema van de Basic Trustmethode. Daarnaast oefenen opvoeders met specifieke vaardigheden (met name benoemen). Verwarring scheppend (desorganiserend) opvoedgedrag wordt gecorrigeerd en opvoeders leren 'veilig disciplineren'. In de praktijk wordt de methode veelvuldig ingezet bij 0-18 jarigen, maar de methode is erkend tot 12 jaar. Verder is de methode ook onderzocht bij geadopteerde kinderen en kinderen in pleegzorg.

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

- Goed onderbouwd;
- geschikt voor ouders met opvoedingsvragen over kinderen tot vier jaar;
- doel is het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouder.

K-VHT is een gedragsinterventie voor ouders die opvoedingsvragen hebben of spanning en problemen ervaren in de opvoeding. Het programma moet de opvoedingsvaardigheden van ouders versterken en zo de ouder-kindrelatie verbeteren. Tijdens zes huisbezoeken krijgen de ouders feedback op video-opnamen van interacties tussen hen en het kind. Er zijn aanwijzingen dat video-feedback de interactievaardigheden van de ouders kan verbeteren (Fukkink, 2007; Fukkink, 2008). Ook bij ouders van prematuur geboren kinderen blijkt de interventie een positief effect te hebben op de sensitiviteit van de ouders (Hoffenkamp et al., 2015).

Shantala Babymassage Individueel

- Goed onderbouwd;
- bedoeld voor moeders die een risico hebben op laag sensitief opvoedgedrag met een baby van zes weken tot negen maanden oud;
- doel is het verbeteren van het contact tussen moeder en kind.

Shantala Babymassage Individueel richt zich op het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind, door de sensitiviteit van de moeder tijdens de verzorging van de baby te vergroten. De interventie combineert babymassage met opvoedingsvoorlichting en bestaat uit drie huisbezoeken van anderhalf uur die elke week plaatsvinden. De focus van de cursus ligt op het verbeteren van het contact tussen de moeder en de baby. De docent stimuleert de moeder om tussen de huisbezoeken door en na afloop van de interventie door te gaan met het masseren door een concreet plan op te stellen.

5.3 Preventieve interventies voor specifieke risicogroepen

Onderstaande interventies (tabel 2) zijn preventief in de zin dat ze een veilige gehechtheidsrelatie bij kinderen (van nul tot twaalf jaar) beogen te stimuleren. Belangrijkste verschil met hierboven genoemde interventies is dat deze interventies bedoeld zijn voor ouders en kinderen die tot specifieke risicogroepen behoren, zoals ouders van adoptie- of pleegkinderen tot vier jaar (PIPA) of moeders met een depressie (Ouder-baby interventie), ouders van kinderen met ernstige gedrags- en emotionele problemen (PCIT) of gezinnen waar sprake is van mishandeling of verwaarlozing (NIKA).

Twee interventies die in tabel 1 vermeld werden, worden ook hier weer vermeld (Basic Trustmethode, de VIPP SD) omdat deze interventies zowel meer universeel als bij een specifieke risicogroep ingezet kunnen worden. De VIPP SD en Basic Trustmethode kunnen beide ingezet worden bij adoptie- en pleegkinderen. De VIPP SD kent nog meer specifieke toepassingen zoals bij zware opvoedproblemen of ouders met een eetstoornis. Mentalization Based Treatment voor kinderen (MBT-K) is specifiek bedoeld voor kinderen van 5 tot 12 jaar met ernstige gehechtheidsproblemen, en is nog niet in de DEJ opgenomen. Omdat de interventie wel door het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP) vermeld wordt, nemen we de interventie hier op. Alle interventies worden aangeboden door aanbieders van specialistische jeugdhulp, met uitzondering van Voorzorg dat door een JGZ-verpeegkundige wordt uitgevoerd. In tabel 2 volgt een overzicht van de interventies.

Tabel 2. Preventieve interventies voor specifieke risicogroepen

Interventie	Doel	Doelgroep	Erkenningsniveau	Onderzoek
VIPP-SD (Juffer et al., 2016; 2008)	Het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de opvoeder waardoor positieve interacties toenemen en gedragsproblemen voorkomen of verminderd worden.	Opvoeders met problemen bij sensitief opvoeden of grenzen stellen bij kinderen tussen 0 en 6 jaar. Ook geschikt voor adoptie- en pleegkinderen, en gezinnen met zware opvoedproblemen.	DEJ: Effectief volgens sterke aanwijzingen.	De effectiviteit op het bevorderen van sensitief opvoedingsgedrag werd aangetoond in twaalf RCT's in Nederland en diverse andere landen.
Ouder-baby interventie (Van Doesum et al., 2008)	Het verbeteren van de sensitieve responsiviteit bij de moeder.	Moeders van een baby tot en met 12 maanden met een (post-partum) depressie.	DEJ: Effectief volgens goede aanwijzingen.	Een RCT toont een positief effect op de sensitiviteit van de moeder en de moeder-kind gehechtheidsrelatie.
Basic Trust methode (Polderman et al., 2016)	Het terugdringen van de gedrags- of emotionele problemen door middel van het versterken van de gehechtheidsrelatie.	Ouders van (adoptie- en pleeg)kinderen van 2 tot en met 12 jaar, met (ernstige) gedragsproblemen en/of emotionele problemen.	DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen.	Er zijn een pilot-onderzoek en twee veranderingsonderzoeken uitgevoerd met positieve effecten op gehechtheid en internaliserende en externaliserende probleemgedrag bij het kind.
VoorZorg (in de JGZ) (Mejdoubi et al., 2015)	Extra steun bieden aan een specifieke risicogroep om de ontwikkelings- en gezondheidskansen van het kind te vergroten, en het risico op kindermishandeling te verkleinen.	Jonge, aanstaande moeders die bij aanvang niet langer dan 28 weken zwanger zijn en behoren tot een zogenaamde hoog-risicogroep.	DEJ: Effectief volgens goede aanwijzingen.	Een RCT toont een positief effect op de sensitiviteit van de moeder en de moeder-kind gehechtheidsrelatie.
PCIT (Eyberg et al., 2001)	Verbetering van de ouder-kind-interactie zodat gehoorzaamheid van de jeugdige erop vooruit gaat.	Ouders van jonge jeugdigen (2-8 jaar) met ernstige gedragsproblemen en gedragsstoornissen.	DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen.	Een RCT toont een positief effect op de sensitiviteit van de moeder en de moeder-kind gehechtheidsrelatie.

Tabel 2. Preventieve interventies voor specifieke risicogroepen (vervolg)

Interventie	Doel	Doelgroep	Erkenningsniveau	Onderzoek
PIPA (Pleegouder-Pleegkind Interventie) (De Zeeuw et al., 2015)	Ondersteuning bij het opbouwen van een relatie met een jong pleeg- of adoptiekind zodat de kans op een problematische gehechtheidsrelatie en het voortijdig afbreken van de plaatsing afneemt.	Ouders bij wie een pleeg- of adoptiekind van 0-4 jaar geplaatst is en die problemen willen voorkomen.	DEJ: Goed onderbouwd.	Er is een grote RCT uitgevoerd met 126 pleeggezinnen. Ouders in de interventiegroep reageren sensitiever en bieden beter structuur. De kinderen reageren actiever op de pleegouder.
NIKA (Draaisma & Zuidgeest, 2013)	Het voorkomen of verminderen van een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie.	Gezinnen waarbij sprake is (geweest) van mishandeling, verwaarlozing, huiselijk geweld en/of meervoudige risico's in de opvoedingscontext en waarbij de opvoeder 'verstarend opvoedgedrag' laat zien t.o.v. jong kind (0-6 jaar).	DEJ: Goed onderbouwd.	Nog geen onderzoek in Nederland uitgevoerd.
MBT-K (Verheugt-Pleiter, 2009)	Het vergroten van het vermogen om te mentaliseren, bij zowel kind als diens ouder(s), zodat de vorming van een veilige ouder-kind relatie gestimuleerd wordt.	Ouders van pleeg- of adoptie kinderen en jongeren 5-12 jaar, bij wie (ernstige) hechtingsproblematiek vermoed wordt, negatieve gevoelens over zichzelf en/of anderen; angststemmingswisselingen; of (zelf)destructief gedrag.	DEJ: Niet erkend. Wordt wel vermeld op de website van het Kenniscentrum Kinderen Jeugdpsychiatrie (KJP) (zie 5.4).	Nog geen onderzoek in Nederland uitgevoerd.

5.4 Interventies die zich richten op de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen vanaf zeven jaar

Voor jeugdigen van zeven jaar en ouder met gehechtheidsproblemen is het aanbod momenteel nog beperkt: de DEJ vermeldt slechts twee interventies voor deze doelgroep: Video-hometraining in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd (VHT 4-12) en de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG), die bedoeld is voor jeugdigen met meervoudige beperkingen (Sterkenburg et al., 2008). In de praktijk wordt een grote diversiteit aan behandelingen en interventies ingezet waarvan de status niet altijd duidelijk is. Om toch enig houvast te hebben bij het selecteren van interventies, hebben we de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP) (www.kenniscentrum-kjp.nl) geraadpleegd. Deze website biedt betrouwbare informatie over psychische klachten bij kinderen en adolescenten, inclusief praktijkstandaarden voor behandeling van kinderen met ernstige psychische problemen. Een landelijk netwerk van professionals in de brede jeugdhulp heeft de tekst samengesteld, die wordt bewaakt door een wetenschappelijke raad. De website van het KJP vermeldt de volgende interventies die ingezet kunnen worden bij jeugdigen vanaf zeven jaar bij wie de gehechtheidsproblemen doorgaans iets ernstiger zijn: Sherborne Samenspel, Theraplay, Fase- en Differentiatie therapie, en Mentalization-Based Treatment voor Adolescenten (MTB-A). Deze interventies worden in de regel aangeboden door aanbieders van specialistische jeugdhulp. Ten slotte hebben we een interventie opgenomen in de tabel die noch vermeld wordt in de DEJ, en evenmin door het KJP. Het gaat om hechtingsgerichte gezinstherapie, ontwikkeld door Dan Hughes (2018), en in Nederland ingezet door Anneke Vinke (2019). Feitelijk is het een Nederlandse bewerking van de Attachment Focused Family Therapy (AFFT). We hebben bij de interventie vermeld omdat het huidige aanbod aan interventies momenteel beperkt is, en de interventie veelvuldig toegepast wordt. Voor zover bekend wordt geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit ervan. In tabel 3 zijn de interventies op een rij gezet. De met een sterretje aangemerkte interventies worden veelvuldig toegepast, de kwaliteit van deze interventies is niet onderzocht.

Tabel 3. Interventies voor de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen vanaf zeven jaar

Interventie	Doel	Doelgroep	Erkenningsniveau	Onderzoek
Basic Trust methode (Polderman et al., 2016)	Het terugdringen van de gedrags- of emotionele problemen door middel van het versterken van de gehechtheidsrelatie.	Ouders van (adoptie- en pleeg)kinderen van 2 tot en met 12 jaar, met (ernstige) gedragsproblemen en/of emotionele problemen.	DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen.	Er zijn een pilot-onderzoek en twee veranderingsonderzoeken uitgevoerd met positieve effecten op gehechtheid en internaliserende en externaliserende probleemgedrag bij het kind.
ITGG (Sterkenburg et al., 2008)	Het verminderen van de gedragsproblemen en het versterken van de gehechtheidsrelatie.	Kinderen en jongeren tot 18 jaar met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen. NB: De methode is ontwikkeld voor jeugdigen met een meervoudige beperking, maar kan volgens de ontwikkelaar goed gebruikt worden voor normaal begaafde jonge kinderen.	DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen.	Een 'multiple case study' met 6 personen liet zien dat de behandeling leidde tot minder probleemgedrag en minder verstorend gedrag bij de jeugdige.
VHT (4-12) (Eliëns & Prinsen, 2017)	Het verbeteren van het contact tussen ouder en kind, en het verbeteren van opvoedingsvaardigheden van de ouder.	Gezinnen met kinderen van 4-12 jaar waarvan de ouders lichte tot matige opvoedingsproblemen ervaren en/of één of meerdere kinderen thuis en/of op school probleemgedrag vertonen. Indien gewenst kan ook de leerkracht op school bij de begeleiding betrokken worden.	DEJ: Goed onderbouwd.	Er zijn vier veranderingsonderzoeken uitgevoerd, waarbij positieve effecten gevonden worden op het gedrag van de ouder.
Sherborne Samenspel (Rokosch & Van Domburgh, 2019)*	Het versterken van de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind.	Ouders van kinderen (0-12 jaar) bij wie sprake is van hechtingsproblematiek na adoptie of pleegzorgplaatsing. Ook is de behandelinterventie geschikt voor kinderen die een moeilijke start (vroeggeboorte of complicaties) hebben gemaakt.	Niet in de DEJ opgenomen. KJP: Effectiviteit moet nog onderzocht worden.	Geen Nederlands onderzoek bekend.

Tabel 3. Interventies voor de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen vanaf zeven jaar (vervolg)

Interventie	Doel	Doelgroep	Erkenningsniveau	Onderzoek
Theraplay (Booth & Jernberg, 2009)	Het versterken van de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind.	Kinderen (0-12 jaar) met hechtingsproblemen, bij pleeg- of adoptiegezinnen, in opvanghuizen en psychiatrische klinieken. Ook geschikt voor kinderen in instellingen waar geen ouders (meer) beschikbaar zijn.	Niet in de DEJ opgenomen. KJP: Effectiviteit moet nog onderzocht worden.	Geen Nederlands onderzoek bekend.
Differentiatie therapie (Thoomes-Vreugdenhil, 2015; Thoomes-Vreugdenhil, 2016)*	Het ontwikkelen van de gehechtheidsmogelijkheden van de jeugdige en het vergroten van het zelfvertrouwen en het vertrouwen van de jeugdige in de opvoeder.	Kinderen en jongeren tot ongeveer 12 jaar die ernstige gehechtheidsproblemen hebben.	DEJ: Niet erkend. KJP: Effectiviteit moet nog onderzocht worden.	Wordt momenteel onderzocht op effectiviteit.
Fase therapie (Thoomes-Vreugdenhil, 2015; Thoomes-Vreugdenhil, 2016)*	Een jeugdige alsnog de veiligheid te laten ervaren die hij in de eerste levensjaren gemist heeft om zodoende een veilige gehechtheidsrelatie te bewerkstelligen en het probleemgedrag te verminderen.	Kinderen en jongeren tot ongeveer 16 jaar die ernstige gehechtheidsproblemen hebben.	DEJ: Niet erkend. KJP: Effectiviteit moet nog onderzocht worden.	Wordt momenteel onderzocht op effectiviteit.
Mentalization-Based Treatment voor adolescenten (MBT-A; Feenstra & Bales, 2015)	Het vergroten van het mentaliserend vermogen van de jongere.	Jongeren van 13-18 jaar met borderline kenmerken.	Niet in de DEJ opgenomen. KJP: Effectiviteit moet nog onderzocht worden.	Nog geen onderzoek in Nederland uitgevoerd.
Dyadic Developmental Psychotherapy DDP of Hechtings-gerichte gezinstherapie (Hughes, 2018; Vinke, 2019)*	Het herstellen van een onveilig werkmodel en het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie.	Jeugdigen tussen 0-18 jaar die geadopteerd zijn of in een pleeggezin opgroeien en hun adoptie- en pleegouders.	Niet in de DEJ opgenomen. Zie: www.ddpnetwork.org .	Nog geen onderzoek in Nederland uitgevoerd.

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. In deze richtlijn worden verschillende preventieve interventies voor jongere kinderen (tot zeven jaar) en behandelingen voor jeugdigen vanaf zeven jaar aanbevolen. Veel van deze interventies horen thuis bij de specialistische jeugdhulp. Lang niet altijd zal het mogelijk zijn om gezinnen en jeugdigen te verwijzen naar deze specifieke interventies. Daarom hebben we hieronder enkele handvatten geformuleerd voor het begeleiden van ouders. Deze handvatten zijn gebaseerd op gesprekken met professionals in de jeugdhulp en kunnen worden toegepast door de ambulante begeleider of de gedragswetenschapper.

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

Sociaal netwerk

Een sociaal netwerk waarop een gezin kan terugvallen is een beschermende factor voor gezinnen waarin hechtingsproblematiek aan de orde is (Bartelink & Verheijden, 2015). De



praktische en emotionele steun van het netwerk kan immers helpen bij het verminderen van de druk bij gedragsproblemen van jeugdigen of problemen rond de opvoeding. Gezinnen die te maken hebben met verschillende problemen hebben vaak een klein sociaal netwerk waarop zij kunnen terugvallen.

Er zijn diverse methodieken ontwikkeld waarmee het sociale netwerk actief ingezet en versterkt kan worden (Movisie et al., 2014). Het gaat om methodes zoals een Familienetwerkberaad (overleg tussen het gezin, de zorgverleners en de familie van het gezin), een Eigen Kracht Conferentie (mensen uit het netwerk, onder leiding van een getrainde coördinator) en Sociale Netwerk Strategieën (waarbij de deelnemers vooraf schriftelijke informatie ontvangen). Er is weinig onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van deze methodieken. Een enkele studie laat zien dat Krachtconferenties niet effectiever zijn dan de reguliere werkwijze bij het verbeteren van kindveiligheid en het vergroten van de ervaren sociale steun (Dijkstra, 2019). Zie voor meer informatie de Nji-publicatie 'Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?' (Bartelink & Verheijden, 2015).

Familiegroepsplan

In de nieuwe jeugdwet is vastgelegd dat ouders/gezinnen de mogelijkheid krijgen een familiegroepsplan op te stellen, samen met familie, vrienden en anderen uit de sociale omgeving van de jongere. Een familiegroepsplan is een plan waarin ouders/gezinnen aangeven hoe zij zelf de opvoed- en opgroeisituatie voor hun kind(eren) willen verbeteren, en welke (professionele) hulp daarvoor nodig is. Het is echter geen verplichting.

Voor gezinnen die te maken hebben met hechtingsproblemen kan een familiegroepsplan bijdragen aan meer begrip voor de problematiek in de nabije omgeving (gebaseerd op ervaringen van jeugdprofessionals). Veel informatie over het familiegroepsplan is te vinden op de website van de VNG, met onder andere een factsheet (www.vng.nl).

5.6 Conclusies

1. Voorwaarde voor interventie is dat de jeugdige een emotioneel beschikbaar persoon heeft om zich aan te hechten. Ook dient het kind of de jongere verzekerd te zijn van een veilige en stabiele plek van waaruit hij positieve interacties met de hechtingsfiguur kan aangaan.
2. Er zijn vier erkende preventieve interventies in Nederland beschikbaar die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij jonge kinderen (tot ongeveer zeven jaar) bevorderen door de ouderlijke sensitiviteit te verbeteren. Dit zijn de VIPP-SD (0-6 jaar), Basic Trustmethode (voor kinderen tussen 2-12 jaar), K-VHT (0-4 jaar) en Shantala Babymassage individueel. (Gerangschikt naar de mate van effectiviteit in de databank van het Nji).
3. De volgende preventieve interventies zijn beschikbaar om de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie bij jonge kinderen (tot ongeveer twaalf zeven jaar) te bevorderen door de ouderlijke sensitiviteit te verbeteren, en ze zijn bedoeld zijn voor ouders in specifieke risicogroepen:
 - VIPP SD voor ouders met adoptie- en pleegkinderen (0-6 jaar); en ouders met zware opvoedproblemen);

- Basic Trustmethode voor ouders met adoptie- en pleegkinderen (2-12 jaar);
 - Ouder-baby interventie voor moeders met een depressie in het eerste jaar na de bevalling;
 - VoorZorg voor alleenstaande tienermoeders, vanaf 28 weken zwangerschap;
 - PCIT voor ouders van kinderen tussen 2-8 jaar met ernstige gedragsproblemen;
 - PIPA voor ouders van pleeg- of adoptiekinderen (0-4 jaar);
 - NIKA voor ouders van kinderen (0-6 jaar) met verhoogd risico op gedesorganiseerde gehechtheid);
 - Mentalization Based Treatment voor kinderen tussen 5-12 jaar (MBT-K).
4. Voor de behandeling van problematische gehechtheid bij kinderen ouder dan zeven jaar, zijn de volgende interventies beschikbaar:
- Basic Trustmethode (voor ouders van adoptie- of pleegkinderen tussen 2 en 12 jaar);
 - Video-hometraining (VHT) in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd (vier tot twaalf jaar);
 - Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) voor kinderen en jongeren tot 18 jaar met meervoudige beperkingen;
 - Sherborne: samenspel voor ouders van adoptie- en pleegkinderen (0-12 jaar);
 - Theraplay;
 - Differentiatie- (tot 12 jaar) en Fasetherapie (voor jongeren tot 16 jaar);
 - Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP) voor pleeg- en adoptiekinderen en jongeren tot 18 jaar;
 - Mentalization-Based Treatment-Adolescent (MBT-A) voor jongeren tussen 13 en 18 jaar.
5. Niet effectief of zelfs schadelijk zijn de volgende interventies:
- interventies die gehechtheid willen bewerkstelligen door dwang;
 - interventies die het 'doorwerken' van trauma door regressie bevorderen, zoals therapeutisch vasthouden, holding en rebirthing-therapie. Er is geen empirisch bewijs voor de effectiviteit van deze interventies. Bovendien zijn ze in tegenspraak met de gehechtheidstheorie die het belang van sensitief gedrag van de ouders benadrukt. Genoemde interventies kunnen daarom schadelijk voor kinderen zijn (Chaffin et al., 2006; Pignotti & Mercer, 2007).

5.7 Aanbevelingen

1. Jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie zijn gebaat bij ouders (en verzorgers) die sensitief met hen omgaan. Investeer daarom in (de relatie met) het 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.
2. Gebruik voor het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie bij jonge kinderen (tot ongeveer zeven jaar) preventieve interventies die in de thuissituatie ingezet worden en als erkend opgenomen zijn in de DEJ. Ouders en jonge kinderen die tot een risicogroep behoren zijn gebaat bij interventies die zich specifiek op een bepaalde risicogroep richten.

3. Maak voor de behandeling van problematische gehechtheid bij kinderen ouder dan zeven jaar naast enkele erkende interventies uit de DEJ ook gebruik van de interventies die vermeld worden op de website van het Kenniscentrum Jeugd- en Kinderpsychiatrie (KJP).
4. Als je niet de beschikking hebt over van toepassing zijnde erkende interventies, dan gelden de volgende aanbevelingen:
 - erken als begeleider de problemen en de eventuele pijn van ouders rond hun ouderschap;
 - zorg dat er gewerkt wordt aan psychiatrische problemen en (ernstige) stress van ouders in relaties of op het werk, door de ouders te verwijzen naar de huisarts voor doorverwijzing richting GGZ of het maatschappelijk werk. Als het stappenplan gevolgd wordt, dan is bij de eerste screening al duidelijk of de ouders psychiatrische problemen, relatieproblemen en/of problemen op het werk hebben;
 - erken de problemen waar ouders zelf mee worstelen, en bied steun. Dit kan de ouders helpen om meer open te staan voor (de behoeften van) hun kind. Goede begeleiding van de ouders ondersteunt zo de gehechtheidsontwikkeling van de jeugdige;
 - zoek op een niet-beschuldigende manier de samenwerking met de ouders en motiveer hen tot coaching;
 - zet psycho-educatie in waarbij zo concreet mogelijk uiteengezet wordt wat de jeugdige nodig heeft om een veilige gehechtheidsrelatie op te bouwen, en welke stappen de ouders daarin kunnen zetten;
 - indien er een videocamera beschikbaar is, maak opnames van de ouder-kindinteracties en bespreek achteraf met de ouders waar de interactie heel goed ging.
 - pas zelf in het contact met de ouders de principes toe die je hun wilt leren. Dat wil zeggen: reageer sensitief, luister goed, toon respect, spreek je vertrouwen in de ouders en het kind uit, probeer zo veel mogelijk aan te sluiten bij wat ouders en het kind nodig hebben en heb veel geduld;
 - in het contact dat je als begeleider hebt met de jeugdige pas je een sensitieve gedragsstijl toe.
5. Stel als gedragswetenschapper, in overleg met de ouders en in samenwerking met de jeugd- en gezinsprofessional 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 de jeugdige:

- 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 verstoorte 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 de aanbevolen interventies
- de beschikbaarheid van en expertise in het uitvoeren van specifieke therapieën die gericht zijn op het herstel van de relatie tussen ouder en kind.

6. Het bijsturen van de problematische gehechtheidsrelatie verdient de voorkeur boven het opbouwen van een heel nieuwe relatie.
7. 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.

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

- er is een volwassene beschikbaar die het kind of de jongere al kent;
- de jeugdige is verzekerd van een veilige en stabiele plek waar hij positieve interacties met de gehechtheidsfiguur kan aangaan;
- er is in de instelling een persoon die de rol als vaste vertrouwenspersoon vervult: een mentor of een familielid, of iemand anders.
- Wanneer een kind (tijdelijk) niet bij zijn ouders verblijft, blijft het van groot belang dat het kind contact houdt met de ouders, tenzij dit niet in het belang van het kind is. Het verbreken van het contact tussen ouder en kind is een ingrijpende maatregel en mag slechts genomen worden indien de belangen van het kind dit eisen.

Hoofdstuk 6

Prognose



6.1 Inleiding

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

Wat zijn de gevolgen van problematische gehechtheid voor een kind of jongere? **Internaliserende problemen** komen vaker voor bij jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie, maar het verband is niet sterk. Het gaat hierbij om depressieve gedachten, piekeren, angst, zich terugtrekken en psychosomatische klachten. Het verband werd in onderzoek alleen gevonden bij een specifieke groep, namelijk bij jeugdigen met een vermijdende gehechtheid (Groh et al., 2017).

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

6.2 Conclusies

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

6.3 Aanbevelingen

1. Blijf een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie altijd monitoren over een langere tijdsperiode heen.
2. Besteed bij een jeugdige met een problematische gehechtheidsrelatie behalve aan de gehechtheidsproblemen ook altijd aandacht 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., 2019).

3. Als een kind of jongere met gedragsproblemen bij Jeugdhulp of jeugdbescherming aangemeld wordt, dan moet de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie samen met de ouders in kaart gebracht worden. Zie ook het stappenplan: 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, J.L., Belsky, J., Slade, A., & Crnic, K. (1999). Stability and Change in Maternal Representations of Their Relationship with Their Toddlers. *Developmental Psychology*, 35, 1038-1048.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*. 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*. New York: Erlbaum.
- Alink, L., IJzendoorn, R. van, Euser, E., & Bakermans-Kranenburg, M. (2014). Gehechtheid en kindermishandeling. In P. Prins & C. Braet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 419-441). Bohn Stafleu van Loghum.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Andel, H. W. H. van, Post, W. J., Jansen, L. M. C., Gaag, R. J. van der, Knorth, E. J., & Grietens, H. (2016). Optimizing foster family placement for infants and toddlers: A randomized controlled trial on the effect of the Foster carer - Foster child Intervention (FFI). *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(3), 332 -344.
- Andel, H. W. H. van, Post, W. J., Jansen, L. M. C., Kamphuis, J. S., Gaag, R. J. van der, Knorth, E. J., & Grietens, H. (2015). The developing relationship between recently placed foster infants and toddlers and their foster carers: Do demographic factors, placement characteristics and biological stress markers matter? *Children and Youth Services Review*, 58, 219-226.
- Atkinson, L., Pagliaa, A., Coolbear, J., Niccols, J., Parker, K. C. H., & Guger, S. (2010). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20, 1019-1040.
- Baat, M. de, Bergh, P. van den, & Lange, M. de (2019). *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. 4e herziene druk. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Baat, M. de, & Berger, M. (2017). *Hoe begeleid je kinderen en jongeren met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties? Handvatten voor jeugdprofessionals en pleeg- en gezinsouders*. Geraadpleegd op 4-11-2019, op <https://www.nji.nl/nl/Hoe-begeleid-je-kinderen-en-jongeren-met-complex-trauma-in-gezinsvervangende-woonsituaties>.
- 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., & IJzendoorn, M. H. van (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29(5), 870-879.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. van, & 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., IJzendoorn, M. H. van, & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216.
- Bartelink, C., Rooijen, K. van, & As, A. van (2018). *Jeugdigen met een Problematische gehechtheid. Wat werkt?* Gedownload van [https://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Wat-werkt-publicatie/\(311053\)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Hechtingsproblemen.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Wat-werkt-publicatie/(311053)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Hechtingsproblemen.pdf) op 5-11-2019.
- Bartelink, C., & Verheijden, E. (2015). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van https://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Sociaalnetwerkversterken.pdf op 4-11-2019.

- Bartelink, C., Vianen, R. T. van, Mourits, E., Berge, I. J. ten, & Meuwissen, I. (2017). *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. 3e herziene druk. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bartelink, C., Berge, I. J. ten, & Vianen, R. T. van (2017). *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. 3e herziene druk. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E.(Eds.) (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Beer, Y. de (2016). *Kompas licht verstandelijke beperking: Definitie, aspecten en ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Beijersbergen, M. (2008). *The Adult Attachment Interview. Coherence & Validation in Adolescents* (Proefschrift). Universiteit Leiden.
- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (2000). Appendix B: The Emotional Availability Scales (derde editie). *Attachment & Human Development, 2*, 256-270.
- Bleiberg, E., Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. In: A.W. Bateman & P.E. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. (pp. 463–509). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bohlin, G., Hagekull, B., & Rydell, A. M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development, 9*(1), 24-39.
- Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2009). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. New York: John Wiley & Sons.
- 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*, 568-577.
- 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. (1980). *Attachment and loss: Volume 3. Loss, sadness and depression*. London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bretherton, I. (2005). In Pursuit of the Internal Working Model Construct and Its Relevance to Attachment Relationships. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. Guilford Publications (pp. 13–47).
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 102-127). The Guilford Press.
- Burgess, A., & Flynn, C. (2013). Supporting imprisoned mothers and their children: A call for evidence. *Probation Journal, 60*, 73-81.
- Cassidy, J., Stupica, B., Ziv, Y., & Sherman, L. J. (2010). Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. *Attachment & Human Development, 12*, 333-353.
- 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*(1), 76-89.
- Cooke, J. E., Stuart-Parrigon, K. L., Movahed-Abtahi, M., Koehn, A. J., & Kerns, K. A. (2016). Children's emotion understanding and mother-child attachment: A meta-analysis. *Emotion, 16*(8), 1102-1106.

- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & IJzendoorn, M. H. van (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-108.
- Dallaire, D. H. (2007). Incarcerated mothers and fathers: A comparison of risks for children and families. *Family Relations*, 56(5), 440-453.
- Dallaire, D. H., Zeman, J. L., & Thrash, T. M. (2015). Children's experiences of maternal incarceration-specific risks: Predictions to psychological maladaptation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44, 109-122.
- 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*. Utrecht: Lemma BV.
- Didden, R. (2006). *In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke handicap*. Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.
- Diener, M. L., Nievar, M. A., & Wright, C. (2003). Attachment security among mothers and their young children living in poverty: Associations with maternal, child, and contextual characteristics. *Merrill-Palmer Quarterly*, 1982, 154-182.
- Dijkstra, S. (2019). *Balancing the scale of responsibility. The effectiveness of family group conferencing in child welfare* (Proefschrift). Universiteit van Amsterdam.
- Doesum, K. van, Riksen-Walraven, J. M., Hosman, C. M. H., & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 79, 547-561.
- Draaisma, N., & Zuidgeest, K. (2013). *Handleiding, protocol en werkbladen voor ouders NIKA. Interventie ter voorkoming of vermindering van problematische gehechtheid*. Jeugdzorg Academie.
- Dries, L. van den, Juffer, F., IJzendoorn, M. H. van, & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31, 410-421.
- Eliëns, M., & Prinsen, B. (2017). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Kortdurende Video-Hometraining'*. Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies op 4-11-2019.
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23 (4), 1-20.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. van, 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.
- Fearon, R. P., & Belsky, J. (2018). *Precursors of attachment security*. New York: Guilford Publications.
- Feeney, B. C., & Monin, J. K. (2016). Divorce through the lens of attachment theory. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*, 3. New York: Guilford Press (pp. 941-965).
- Feenstra, D., & Bales, D. (2015). Mentalization-based treatment voor adolescenten. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 42, 5-20.
- Fukkink, R. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28, 904-916.
- Giltaij, H. P. (2017). *Diagnostic Assessment of Attachment Related Disorders in Children with Intellectual Disability* (Proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit.

- Gleason, M. M., Fox, N. A., Drury, S., Smyke, A., Egger, H. L., Nelson, C. A., Gregas, M. C., & Zeanah, C. H. (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: Indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(3), 216-231.
- Grietens, H. (2009). *Hechtingsstoornissen*. In: R. J. Beerthuis, I. A. van Berckelaer-Onnes, E. van Daalen, R.J. van der Gaag, H. Grietens, E. de Haan, P. J. Hoehstra, L. J. Kalverdijk, M. Meijer, M. D. Oosterhoff, E. Plomp, L. F. van der Steen, F. Verheij, F. C. Verhulst, E. J. de Wilde, en C.A.M. de Wit, *Psychiatrische stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (pp. 224-241).
- Grinsven, F. van, & Holdorp, J. (2015). *Trauma-georiënteerde hulp voor kinderen met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties: Kennisdocument voor professionals in pleegzorg, gezinshuizen en residentiële woonvormen*. Geraadpleegd op 4-11-2019, op <https://www.nji.nl/nl/Trauma-georiënteerde-hulp-voor-kinderen-met-complex-trauma-in-gezinsvervangende-woonsituaties>.
- Groh, A. M., Fearon, R. M. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2017). Attachment in the Early Life Course: Meta-Analytic Evidence for Its Role in Socioemotional Development. *Child Development Perspectives, 11*(1), 70-76.
- Ham, H. van der (2019). Basic Trustmethode. In A. Havermans, C. Vermeule, L. Gerits, D. Bales, M. van der Stelt, F. Naber, H. van Andel, P. van Groningen, A. J. G. Vinke, F. Juffer, M. Bakermans-Kranenburg, R. van IJzendoorn, H. van der Ham, B. Sleeuw en M. de WolffL.. *Gehechtheid in de behandelkamer. Therapeutische interventies in beeld*. Amsterdam: SWP (pp. 117-128).
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior as related to infant D attachment in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology, 18*, 309-343.
- Hodes, M. W., Meppelder, M., Moor, M. de, Kef, S., & Schuengel, C. (2018). Effects of video feedback intervention on harmonious parent-child interaction and sensitive discipline of parents with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Child: care, health and development, 44*(2), 304-311.
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A., Braeken, J., Eliëns, M. P., Vingerhoets, A. J., & van Bakel, H. J. (2015). Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior, bonding, and stress after preterm birth: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83* (2), 416.
- Hoof, M. van (2017). Diagnostiek van gehechtheid in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 59*, 546-553.
- Hughes, D. (2018). *Werkboek hechtingsgerichte gezinstherapie*. Vertaling: J.F.H. Kuiper. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Jonkman, C. S., Oosterman, M., Schuengel, C., Bolle, E. A., BMartins, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infantmother 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.
- Mejdoubi, J., Heijkant, S. C. van den, Leerdam, F. J. van, Heymans, M. W., Crijnen, A., & Hirsing, R. A. (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: A randomized controlled trial. *PLoS One, 10*(4), 1-14 e0120182.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology, 25*, 6-10.
- Movisie, Vilans, & Actiz (2014). *Aan de slag met sociale netwerken*. Gedownload op 4-11-2019, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%20%5BMOV-2237000-1.1%5D.pdf>.

- Murray, J., Farrington, D. P., & Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *138*, 175-210.
- Murray, J., & Murray, L. (2010). Parental incarceration, attachment and child psychopathology. *Attachment & Human Development*, *12*, 289-309.
- Oosterman, M., & Schuengel, C. (2008). Attachment in foster children associated with caregivers' sensitivity and behavior problems. *Infant Mental Health Journal*, *29*, 609-623.
- Out D, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. (2009). The role of disconnected and extremely insensitive parenting in the development of disorganized attachment: Validation of a new measure. *Attachment & Human Development*, *11*, 419-443.
- Pallini, S., Chirumbolo, A., Morelli, M., Baiocco, R., Laghi, F., & Eisenberg, N. (2018). The relation of attachment security status to effortful self-regulation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *144*(5), 501-531.
- 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.
- Poehlmann, J., Dallaire, D., Loper, A. B., & Shear, L. D. (2010). Children's contact with their incarcerated parents: Research findings and recommendations. *American Psychologist*, *65*(6), 575-598.
- Polderman, N., & Kellaert-Knoll, M. G. (2008). *Manual of the attachment insecurity screening inventory 2-5 years* (AISI 2-5 years). Basic Trust.
- 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.
- Putnam, S. P., Sanson, A. V., & Rothbart, M. K. (2002). Child temperament and parenting. In: M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting 1*, Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum. (pp. 255-277).
- Raby, K. L., & Dozier, M. (2019). Attachment across the lifespan: Insights from adoptive families. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 81-85.
- Rexwinkel, M., Schmeets, M., & Pannevis, C. (2011). *Handboek infant mental health: Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Van Gorcum.
- Rokosch, C., & Domburgh, L. van (2019). Helen door samenspel. *Kind & Adolescent Praktijk*, *18*(2), 26-32.
- Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. van, & Berckelaer-Onnes, I. A. van (2004). Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 1123-1134.
- Shafler, R.J., & Poehlmann, J. (2010). Attachment and caregiving relationships in families affected by parental incarceration. *Attachment & Human Development*, *12*, 395-415.
- Shaver, P. R., Mikulincer, M., Gross, J. T., Stern, J. A., & Cassidy, J. A. (2016). A lifespan perspective on attachment and care for others: Empathy, altruism, and prosocial behavior. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.) New York: Guilford Publications (pp. 878-916).
- Schuengel, C., & Oosterman, M. (2010). Diagnostiek van verstoorde gehechtheid. In P. M. Van den Bergh, & A. M. Weterings (Eds.), *Pleegzorg in perspectief: Ontwikkelingen in theorie en praktijk* (pp. 243-256). Assen: Van Gorcum.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A (2008). The child attachment interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, *44*, 939-956.

- Shonkoff, J. P. (2006). A promising opportunity for developmental and behavioral pediatrics at the interface of neuroscience, psychology, and social policy: Remarks on receiving the 2005 C. Anderson Aldrich Award. *Pediatrics*, 118 (5), 2187-2191.
- Smyke, A. T., & Zeanah, C. H. (1999). *Disturbances of attachment interview*. Unpublished manuscript.
- Spruit, A., Willems, L., Uittenbogaard, R., & Noom, M. (2018). Uitingen van veilige en onveilige gehechtheidsrelaties tussen ouders en hun jonge kind (2 t/m 5 jaar) volgens betrokkenen uit de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 57(7/8), 308-320.
- Spruit, A., Wissink, I., Noom, M. J., Colonnese, C., Polderman, N., Willems, L., Barning, C. & Stams, G. J. (2018). Internal structure and reliability of the Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI) for children age 6 to 12. *BMC Psychiatry*, 18(1), 30 - 41.
- Sterkenburg, P. S., Schuengel, C., & Jansen, C. G. C. (2008). Developing a therapeutic relationship with a blind client with a severe intellectual disability and persistent challenging behaviour. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1318-1327.
- Sterkenburg, P. S., & Schuengel, C. (2008). Behandelprotocol 'Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag' (ITGG). In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandelingen bij kinderen en adolescenten*. Amsterdam: Boom (pp 409-424).
- Stor, P., & Storsbergen, H. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het herkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Lemma BV.
- Thoomes-Vreugdenhil, A. (2016). *Gehechtheid*. In A. Thoomes-Vreugdenhil (Red.), *Behandeling van problematische gehechtheid* Houten: Bohn Stafleu van Loghum (pp. 9-35)..
- Thoomes-Vreugdenhil, J. C. A. (2015). *Hechtingsproblemen bij kinderen*. Amsterdam: Lannoo.
- Vaughn, B. E., Bost, K. K., van IJzendoorn M. H. (2016). Attachment and temperament as intersecting developmental products and interacting developmental contexts throughout infancy and childhood. In: J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3. New York: Guilford Press (pp. 202-222).
- Vasileva, M., & Petermann, F. (2018). Attachment, development, and mental health in abused and neglected preschool children in foster care: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(4), 443-458.
- Veen, M. van der, & Prinsen, B. (2016). *Handleiding video-hometraining in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd: Voor professionals in het maatschappelijk werk*. Amsterdam: SWP.
- Verheijden, E., & De Lange, M. (2016). *Wat werkt bij integrale jeugdhulp?*. Gedownload van <http://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Wat-werkt-publicatie/Wat-werkt-integralejeugdhulp.Pdf>, op 4-11-2019.
- Verheugt-Pleiter, A. (2009). Denken over gevoelens en voelen over gedachtes. Over mentaliseren in ouderbegeleiding en kindtherapie. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 3, 5-20.
- Vink, R., Wolff, M. de, Broerse, A. & Kamphuis, M. (2019). *Richtlijn Kindermishandeling* 3e herziene druk. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Vinke, A. J. G. (2019). Dyadic Developmental Psychotherapy: new family, new script. In A. Havermans, C. Vermeule, L. Gerits, D. Bales, M. van der Stelt, F. Naber, H. van Andel, P. van Groningen, A. J. G. Vinke, F. Juffer, M. Bakermans-Kranenburg, R. van IJzendoorn, H. van der Ham, B. Sleeuw en M. de Wolff Gehechtheid in de behandelkamer. *Therapeutische interventies in beeld* Amsterdam: SWP (pp. 117- 128).
- Vinke, J. G. (2012). Adoptie-alerte hulpverlening: praktijk en casuïstiek. *Tijdschrift voor GZ-psychologie*, 1, 10-12.
- VNG (2017). *Factsheet Het familiegroepsplan*. Gedownload op 4-11-2019, van https://vng.nl/files/vng/201607_factsheet_familiegroepsplan_vng_nji_vws_venj2_0.pdf.

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 BV.

Wolff, M. S. de, & IJzendoorn, M. H. van (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*, 571-591.

IJzendoorn, M. H. van (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117*, 387-403.

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

IJzendoorn, M. H. van, & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe.

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, Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*(2), 225-250.

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., 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. *Kind en Adolescent Review, 19*(1), 1-2.

Zeanah, C. H., Chesher, T., Boris, N., & The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2016). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder development and attribution. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(11), 990-1003

Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2010). *Reactive attachment disorder: A review for DSM-V*. Report presented to the American Psychiatric Association.

Zeijl, J. van, Mesman, J., IJzendoorn, M. H. van, 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.

Zeegers, M. A. M., Schuengel, C., IJzendoorn, M. H. van, & 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.

Zeegers, M. A., Colonesi, C., Stams, G. J. J., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin, 143* (12), 1245.

Zeeuw, M. de, Brok, C., & van Andel, H. (2015). *Handboek preventieve interventie voor pleeg- en adoptieouders bij jonge kinderen met een problematische gehechtheid*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Zevalkink, J. (2005). Het meten van gehechtheidsrepresentaties bij basisschoolleerlingen. *Kind en Adolescent, 26*, 161-170.

Zoon, M., Rooijen, H. van, & Foolen, N. (2019). Wat werkt voor licht verstandelijk beperkte ouders? Gedownload van [https://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Wat-werkt-publicatie/\(313263\)-Watwerkt_Ivbouders.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-Nji/Wat-werkt-publicatie/(313263)-Watwerkt_Ivbouders.pdf) op 4-11-2019 .



Bijlage 1

Samenstelling Werkgroep, Projectteam en Klankbordgroep



Bijlage 1. Samenstelling Werkgroep, Projectteam en Klankbordgroep

Samenstelling Ontwikkelwerkgroep

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

Samenstelling Projectteam

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

Samenstelling Klankbordgroep

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

Samenstelling herzieningsgroep

Hedwig van Bakel	Bijzonder hoogleraar Infant Mental Health bij de afdeling Ontwikkelingspsychologie van Tilburg University; GZ-psycholoog
Bram Brienen	Gedragswetenschapper Combinatie Jeugdzorg
Jeroen Brouwer	Gezinsvoogd, Samen Veilig Midden-Nederland
Alice Faber	Jeugdprofessional William Schrikker Groep
Dorini Jansen	Gedragswetenschapper, de Rading Utrecht
Daniella van Kleef-Versteeg	Senior gedragswetenschapper, Just
Priscilla Niemeijer	Gezinsvoogd, Jeugdbescherming Overijssel
Ilona Wildeman	Projectmedewerker; onderzoeker TNO Child Health
Marianne de Wolff	Projectleider; onderzoeker TNO Child Health



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 jeugdige	kind ziet de vaste verzorger soms voor langere periode niet

Bijlage 3

Gesprek met ouders/ verzorgers over de gehechtheidsontwikkeling



Bijlage 3. Gesprek met ouders/verzorgers over de gehechtheidsontwikkeling

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

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

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

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

12. Wat is de persoonlijke familiegeschiedenis van de ouders?

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

- Leg uit wat het doel van het gesprek is: namelijk dat het belangrijk is terug te kijken hoe de ontwikkeling van gehechtheid bij deze jeugdige gelopen is.
- Toon respect, geduld, interesse, en openheid naar de ouders toe.
- Laat ouders een foto-album of videobeelden van de babytijd meenemen als hulp om concrete voorbeelden te geven over de periode waarin de gehechtheidsrelatie werd opgebouwd, en het verdere 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 geen stress is maakt de jeugdige op een positieve manier opnieuw contact door middel van non-verbale of verbale communicatie van positieve affecties, of beschrijft wat er gebeurde tijdens de scheiding.

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

8. Reactie tegenover vreemden

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

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

Toelichting bij de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag

Deze lijst is een vertaling van de Behavioral Signs of Disturbed Attachment in Young Children (Boris & Zeanah, 2005). De lijst geeft geen diagnose, enkel aanwijzingen of de jeugdige verstoord gehechtheidsgedrag 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 **onder de 10**: er zijn geen aanwijzingen voor een problematische gehechtheidsrelatie;
- Bij een totaalscore **tussen de 11 en 15**: er zijn geen duidelijke aanwijzingen voor een problematische gehechtheidsrelatie, maar mogelijk is de relatie niet optimaal;
- Bij een totaalscore **van 16 of hoger** zijn er aanwijzingen voor een verstoorde gehechtheidsrelatie. Er is meer (diagnostisch) onderzoek nodig naar de aard en/of de ernst van de problemen.

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.

Mogelijke vervolgstappen

Bij een totaalscore lager of gelijk aan 10:

- Bevestig naar de ouder(s) dat de gehechtheidsrelatie zich normaal ontwikkelt.
- Geef – indien de ouder(s) daarvoor openstaan - voorlichting en advies over het belang van een goede band met je kind. Zie bijv. tips van <https://opvoedinformatie.nl/>

Bij een totaalscore tussen de 11 en 15:

- Vertel de ouder(s) dat er geen aanwijzingen zijn voor een verstoorde of problematische gehechtheidsrelatie, maar er is wel ruimte voor verbetering van die relatie. De relatie met het kind mag extra aandacht krijgen.
- Geef - indien de ouder(s) daarvoor openstaan - voorlichting en advies over mogelijkheden om de band met hun kind te versterken. Zie bijv. tips van <https://opvoedinformatie.nl/>



- Overweeg of het mogelijk is om het kind/gezin vaker te zien.
- Overweeg om het kind/gezin te bespreken in een team.

Bij een totaalscore van 16 of hoger:

- Het is wenselijk dat kind en ouder(s) verwezen worden naar een gedragswetenschapper met specifieke kennis van gehechtheidsrelaties die aanvullend onderzoek kan doen naar de gehechtheidsrelatie. (Bijv. een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, orthopedagoog-generalist NVO, IMH specialist DAIHM, of een professional in de specialistische jeugdhulp).

