

**Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis**

Een professor stond in de collegezaal en zette een kikker op tafel.

Hij zei: "Kikker, spring." De kikker sprong en de studenten keken vol bewondering toe.

De professor pakte een scherp mesje en sneed het linkerachterpootje van de kikker af. "Kikker, spring," zei hij weer. De kikker moest wat moeite doen, maar hij sprong. De studenten applaudisseerden.

De professor pakte het mesje weer en sneed nu het rechterachterpootje af. "Kikker, spring," zei hij. De kikker sprong niet. "Kikker, spring!" herhaalde hij, nu harder. De kikker sprong nog steeds niet, waarop de professor tegen zijn studenten zei: "Hier zien jullie het bewijs dat als je bij een kikker de achterpootjes weghaalt, hij doof wordt."

# Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis

Het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking

Auteurs

Lex Wijnroks

Cees Janssen

Saskia Epskamp

Dorien Kloosterman

Ingrid Mispelblom Beyer

Teun Post

Piek Stor

Hester Storsbergen

LKNG-medewerker

Marion Kersten



Uitgeverij LEMMA BV – Utrecht – 2006

Deze publicatie is gemaakt door het Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg (LKNG). Het LKNG bundelt bestaande (wetenschappelijke) kennis en verspreidt deze ten behoeve van mensen met een beperking en hun ondersteuners.

LKNG

Postbus 19152

3501 DD Utrecht

E-mail: [info@lkng.nl](mailto:info@lkng.nl)

Website: <http://www.lkng.nl>

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

ISBN 90-5931-305-4

NUR 752

<http://www.lemma.nl>

[infodesk@lemma.nl](mailto:infodesk@lemma.nl)

© 2006 LKNG/NIZW Zorg/Uitgeverij LEMMA BV, Postbus 3320, 3502 GH UTRECHT

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j° het Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp. Voor het overnemen van een of meer gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Omslagontwerp: Mariël Lam

Typografie: Twin Design BV, Culemborg

# Inhoud

Voorwoord	7
Inleiding	9
<b>1 Hechting bij kinderen</b>	<b>11</b>
1.1 De eerste gehechtheidsrelatie	11
1.2 Kwaliteit van de gehechtheidsrelatie	13
1.3 Typen gehechtheidsrelaties	15
1.4 Hechtingsstoornissen	19
1.5 De kwaliteit van de hechting bij kinderen met een ontwikkelingsstoornis of verstandelijke beperking	22
1.6 Zijn alle emotionele problemen hechtingsproblemen?	24
<b>2 Instrumenten voor diagnostiek van problematisch gehechtheidsgedrag</b>	<b>27</b>
2.1 Diagnostiek van onveilig gehechtheidsgedrag	27
2.2 Diagnostiek van een hechtingsstoornis	31
2.3 Het signaleren van problematisch gehechtheidsgedrag	33
2.4 Methoden in de praktijk die niet voldoende toegesneden zijn op de diagnostiek van gehechtheid	35
<b>3 Aanbevelingen</b>	<b>37</b>
<b>4 Vragen vanuit de praktijk</b>	<b>41</b>

<b>Lijst van overzichten en figuren</b>	49
<b>Literatuur</b>	51
<b>Gebruikte literatuur</b>	51
<b>Verder lezen</b>	55
<b>Trefwoordenregister</b>	61
<b>Overzicht van adressen</b>	63
<b>Bijlage 1</b>	67
Lijst gedragssignalen van verstoord gehechtheidsgedrag bij jonge kinderen	

# Voorwoord

LKNG-werkplaatsen ontstaan altijd naar aanleiding van vragen uit de praktijk. Het ontstaan van de werkplaats ‘Hechtingsvraagstukken’ heeft zijn oorsprong in de zoektocht van een moeder die vijf kinderen adopteerde. Later bleek dat drie van hen verstandelijk gehandicapt waren. Jarenlang zocht deze moeder naar informatie over wat er met hen aan de hand was en hoe ze deze kinderen naar de volwassenheid kon begeleiden. Er werd officieel pas over hechtingsproblematiek gesproken in 2000, toen de drie kinderen al volwassen waren. In haar zoektocht bleek dat informatie over hechtingsproblematiek zich beperkte tot kinderen met een normaal ontwikkelingsniveau. Er was geen leidraad voor ouders en beroepsopvoeders hoe om te gaan met kinderen met hechtingsproblemen én een verstandelijke beperking.

Deze geringe aandacht voor hechtingsvragen is opmerkelijk gezien de historie van de zorg, waarin kinderen met een verstandelijke beperking al heel jong uit huis werden geplaatst en ouders dan vaak de eerste zes weken niet op bezoek mochten komen om het kind te laten wennen aan de nieuwe situatie. Inmiddels wordt de mening breed gedeeld dat er te weinig systematische kennis beschikbaar is over hechtingsproblematiek in het zorgveld voor mensen met een verstandelijke beperking. De handelingsverlegenheid die hierdoor ontstaat en de onzekerheid bij ouders over wat er met hun kind aan de hand is, is de aanleiding geweest voor het starten van deze werkplaats. We hopen dat met dit boekje de noodzaak tot verder onderzoek duidelijk wordt.

Het doel van deze publicatie is op een heldere manier kennis te verspreiden over hechtingsproblematiek en de herkenbaarheid te vergroten van signalen in de omgang die hiermee te maken kunnen hebben. Het is een hulpmiddel voor de herkenning van beschreven beelden voor zorgkundigen, begeleiders, ouders, leerkrachten, alsook artsen en gedragswetenschappers die meer vertrouwd willen raken met dit onderwerp. Achter in dit boek staat vermeld welke deskundigen mogelijk te raadplegen zijn voor diagnostisch onderzoek en behandeling.

Bij het samenstellen van deze werkplaats waren vele perspectieven betrokken, namelijk van ervaringsdeskundige pleeg- en adoptieouders, van een vertegenwoordiger van een oudernetwerk, van een zorgaanbieder en van mensen uit de wetenschap. De volgende personen namen deel aan de werkplaats:

- Ingrid Mispelblom Beyer (adoptieouder, mede-initiator van het oudernetwerk OverSchatten en het hulpverlenersnetwerk Atrium) en Piek Stor (pleegouder, mede-initiator OverSchatten, Atriumdeelnemer), zij beiden vertegenwoordigden de ouderkant;
- Dorien Kloosterman, die werkzaam is bij Philadelphia Support, de oudervereniging die het oudernetwerk OverSchatten ondersteunt;
- een zorgaanbieder was vertegenwoordigd in de persoon van drs. Teun Post, werkzaam bij Stichting Philadelphia Zorg;
- dr. Lex Wijnroks (Universiteit Utrecht) en dr. Cees G.C. Janssen (Vrije Universiteit Amsterdam), die vanuit de wetenschap participeerden. Zij stelden de teksten van deze publicatie samen. Drs. Saskia Epskamp werd bij deze werkplaats betrokken vanwege haar afstudeeronderzoek aan de VU;
- dr. Hester Storsbergen, die bij het Ambulatorium (Universiteit Utrecht) werkt en zitting heeft in Atrium;
- drs. Marion Kersten, die vanuit het LKNG het proces van wording op een constructieve manier begeleidde.

---

## 8

Het heeft een grote meerwaarde gehad om met zo'n breed vertegenwoordigde groep mensen te werken. Hechting is hierdoor vanuit diverse invalshoeken belicht. Wij verwachten dan ook dat deze publicatie een stimulans zal zijn voor verdere ontwikkelingen rond dit thema en we hopen op deze manier een bijdrage te kunnen leveren aan het welzijn van kinderen/jong-volwassenen die door deze problematiek getroffen worden.

Tenslotte willen we op deze plaats onze dank uitspreken voor de kritische beschouwing van onze tekst door prof. dr. C. Schuengel, Anja Dijkstra (ouder) en Yvonne Scherjon (groepsleidster).

# Inleiding

Het is van belang dat er een duidelijk en eenduidig begrippenkader rond hechtingsproblemen wordt gehanteerd.

De emotioneel beladen, en vanuit onderzoek niet onderbouwde term ‘bodeloosheid’ ziet u hier dan ook niet terug. Wij zijn van mening dat de kinderen/jong-volwassenen om wie het gaat niet bodeloos zijn, wat niet wegneemt dat het vaak wel zoeken is naar hun bodem. Er mag wel vermeld worden dat deze term voor veel ouders en hulpverleners erg verduidelijkend heeft gewerkt en dat mede hierdoor deze problematiek werd (h)erkend.

In de hele tekst hanteren we het begrip ouders/verzorgers. Om de leesbaarheid te vergemakkelijken hebben we ervoor gekozen om ‘hij’ te gebruiken in plaats van hij/zij.

In *het eerste hoofdstuk* zet dr. Lex Wijnroks uiteen wat gehechtheid is: “Gehechtheid is de affectieve band van een kind met een opvoeder die regelmatig met het kind omgaat en aan wie het kind troost ontleent in tijden van angst en spanning. Het vormen van een gehechtheidsrelatie is een belangrijke mijlpaal in het leven van kinderen en geeft hen een goede basis voor een verdere gezonde ontwikkeling.”

Het hoofdstuk bespreekt verder wat in de literatuur over hechting wordt geschreven over de *eerste* gehechtheidsrelatie (1.1) en de *kwaliteit* van de gehechtheidsrelatie (1.2). Het ontwikkelen van een gehechtheidsrelatie gaat niet bij iedereen op dezelfde manier. Er zijn verschillen in kwaliteit van de relatie (1.3 behandelt de typen gehechtheidsrelaties) en in een enkel geval ontstaat zelfs een hechtingsstoornis (1.4). Ingegaan wordt op de vraag of kinderen met een ontwikkelingsstoornis of verstandelijke beperking meer problemen onderkennen met het vormen van een gehechtheidsrelatie (1.5) en op het feit dat niet alle sociaal emotionele problemen als hechtingsproblemen mogen worden gezien (1.6).

*Hoofdstuk twee* is samengesteld door dr. Cees G.C. Janssen. De leidende vraag is: “Welke diagnostische middelen hebben we tot onze beschikking om het bestaan of de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie vast te stellen?” Van de in de wetenschappelijke praktijk gebruikte onderzoeksmethoden wordt een overzicht gegeven. Achtereenvolgens gaat het om onveilig gehechtheidsgedrag (2.1), hechtingsstoornis (2.2) en problematisch gehechtheidsgedrag (2.3). In (2.4) worden methoden beschreven die in de praktijk worden gebruikt, maar niet voldoende zijn toegesneden op de diagnostiek van gehechtheid.

In *hoofdstuk drie* doen de auteurs aanbevelingen om te komen tot een systematische manier van diagnosticeren.

*Hoofdstuk vier* is gewijd aan vragen uit de praktijk. Deze worden door dr. Lex Wijnroks beantwoord vanuit de kennis die inmiddels beschikbaar is afkomstig uit onderzoek naar gehechtheid.

Tenslotte zijn als service voor de lezers een lijst van overzichten en figuren, een trefwoordenregister, een literatuurlijst, een overzicht van adressen en de ‘Lijst gedragsignalen van verstoord gehechtheidsgedrag bij jonge kinderen’ (bijlage 1) opgenomen.

# 1 Hechting bij kinderen

## 1.1 De eerste gehechtheidsrelatie

Baby's worden geboren met eigenschappen die hen in staat stellen zich aan iemand te hechten. Al kort na de geboorte vertonen zij een sterke voorkeur voor het kijken naar gezichten (vooral lachende en pratende gezichten), luisteren zij graag naar de menselijke stem (vooral de hoge stem van vrouwen) en ontwikkelen zij een voorkeur voor de nabijheid van personen die ze kennen. Tenslotte zijn ze het liefst in de buurt van specifieke personen, de *hechtingsfiguren*. Het zoeken van nabijheid met een hechtingsfiguur door naar de persoon te kijken, toe te kruipen of door de persoon opgetild te willen worden, wordt *gehechtheidsgedrag* genoemd. Wanneer een kind angstig, moe of verdrietig is, ontstaat er een behoefte aan nabijheid, contact en ondersteuning van de hechtingsfiguren. De nabijheid van verzorgers – optillen, vasthouden, knuffelen – zorgt er voor dat de angst verdwijnt en het verdriet vermindert. Als het kind rustig en tevreden is, zich veilig voelt, heeft het minder behoefte aan nabijheid. Het kind heeft dan meer behoefte aan alleen spelen of spelen met andere kinderen.

*Tom van elf maanden zit vrolijk lachend bij zijn moeder op schoot als zijn tante vraagt of zij Tom even mag vasthouden. Als Tom bij tante op schoot zit, verdwijnt de lach en terwijl hij van tante naar zijn moeder kijkt begint zijn onderlipje te trillen. Tante probeert hem aan het lachen te maken, maar Tom begint zachtjes te huilen en strekt zijn armpjes uit naar zijn moeder. Als zijn moeder hem weer op schoot neemt, lacht Tom vanaf zijn veilige plek naar zijn tante.*

Indien de hechtingsfiguur een stabiele factor vormt in het leven van het kind, zal een kind een *gehechtheidsrelatie* met die persoon vormen. Kinderen kunnen zich aan meerdere personen hechten; beide ouders, maar ook een oudere broer of zus, opa of oma, de buurvrouw, de oppas, enzovoort. Kinderen hebben

wel een voorkeur voor de ene hechtingsfiguur boven de ander. Als het kind zich aan meer dan één persoon gehecht heeft levert dat voordelen op voor het kind. Wanneer immers de belangrijkste hechtingsfiguur tijdelijk afwezig is, kan het kind terugvallen op een andere hechtingsfiguur. Het aantal hechtingsfiguren waaraan een kind zich kan hechten is beperkt. We weten echter niet precies waar de grens ligt vanwaar kinderen problemen gaan ontwikkelen als er teveel hechtingsfiguren beschikbaar zijn. Onder normale omstandigheden ontwikkelen kinderen de eerste gehechtheidsrelaties met de belangrijkste hechtingsfiguren tussen de zes en twaalf maanden. Het vermogen om te hechten is niet alleen aangeboren, maar blijft ook lang aanwezig. Hoe lang een kind nog in staat is een eerste gehechtheidsrelatie aan te gaan is niet bekend, maar schattingen gebaseerd op onderzoek geven aan dat dit in elk geval tot een jaar of vijf à zeven kan. Kinderen die kort na de geboorte in een kindertehuis geplaatst werden waar geen hechtingsfiguren aanwezig waren en die na een aantal jaren zijn overgeplaatst naar adoptieouders, zullen hun eerste gehechtheidsrelatie met de adoptieouder(s) aangaan. Dit kan een moeizaam en langdurig proces zijn, maar de meeste geadopteerde kinderen ontwikkelen een veilige gehechtheidsrelatie. Het uitstellen van de vorming van de eerste gehechtheidsrelatie is wel riskant. Hoe later de vorming van de eerste gehechtheidsrelatie begint, des te moeizamer komt deze relatie tot stand en des te groter is de kans dat de kwaliteit van de hechting laag blijft en er hechtingsproblemen ontstaan. Kinderen moeten tenminste op een cognitief niveau van 9 tot 12 maanden functioneren anders zullen zij nooit een gehechtheidsrelatie kunnen ontwikkelen, omdat het voor de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie noodzakelijk is dat zij het besef hebben dat personen en objecten blijven bestaan, ook al zijn ze even uit beeld. Kinderen die onder dit niveau functioneren, vertonen overigens wel gehechtheidsgedrag en hebben net zo goed behoefte aan koestering en veiligheid.

De periode waarin een kind de eerste gehechtheidsrelatie ontwikkelt is ook een belangrijke periode voor de hersenontwikkeling. In de eerste twee levensjaren ontwikkelen de hersenen van kinderen zich zeer snel en in deze fase is het voor een optimale hersenontwikkeling van enorm belang dat het kind opgroeit met volwassenen die een sociale relatie met hem aangaan. Vooral de ontwikkeling van die delen van de hersenen waarmee wij denken, plannen maken en controle over ons gedrag uitoefenen, zijn sterk afhankelijk van de beschikbaarheid van sociale relaties. Als voor het kind in deze fase van de ontwikkeling geen sociale relatie beschikbaar is, omdat het bijvoorbeeld vanaf de geboorte in een kindertehuis geplaatst is of ernstig verwaarloosd is, kan dit een onomkeerbaar negatief effect hebben op de verdere hersenontwikkeling. Het kan een blijvend negatief effect op de ontwikkeling van de hersenen hebben wanneer

een kind wél de beschikking heeft over sociale relaties, maar deze een bron van stress vormen doordat het kind binnen deze relaties wordt mishandeld of seksueel misbruikt.

Gedurende de eerste levensjaren, maar ook nog daarna, ontwikkelen kinderen door hun ervaringen met de ouders of verzorgers algemene verwachtingen over het gedrag van hun ouders. Twee soorten verwachtingen zijn belangrijk voor de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie: is de hechtingsfiguur *beschikbaar*? En: is de hechtingsfiguur *altijd* beschikbaar? Het kind leert bijvoorbeeld dat als het verdrietig is, de verzorger het troost. Of dat nu overdag is of 's nachts, of de ouder nu druk bezig is of een boek aan het lezen is, de ouder is altijd beschikbaar. Kortom, de ouder is voorspelbaar in zijn/haar gedrag. Bovendien ontwikkelt het kind ook het vertrouwen dat wanneer het verdrietig of angstig is, de ouder het wel zal troosten of geruststellen; het kind ontwikkelt een gevoel van *basisveiligheid*.

Deze verwachtingen of mentale representaties vormen samen een *intern werkmodel*. De inhoud van het intern werkmodel vormt weer de basis voor hoe iemand later tegen zijn eigen gehechtheidsverleden aankijkt, maar ook welke verwachtingen iemand heeft over het gedrag van en de relatie met belangrijke personen in zijn leven. Het stuurt dus ook voor een belangrijk deel het gedrag dat wij vertonen in nieuwe sociale relaties. In het begin van de ontwikkeling is er een apart intern werkmodel voor de relatie met elke hechtingsfiguur. In de puberteit zal het intern werkmodel een meer algemeen beeld geven van de gehechtheidsrelatie met beide ouders. In de ontwikkeling verandert de hechting dus van een relatiekenmerk in een kindkenmerk. Als we iets willen weten over het intern werkmodel van jonge kinderen moeten we hun gedrag in angstige situaties observeren. Vanaf vier jaar kunnen de meeste kinderen ons vertellen hoe hun intern werkmodel er uitziet (zie ook hoofdstuk 2 voor een beschrijving van de instrumenten).

## 1.2 Kwaliteit van de gehechtheidsrelatie

Als een gehechtheidsrelatie gevormd is, kan deze relatie veilig of onveilig zijn. Met de begrippen *veiligheid* en *onveiligheid* duiden we de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie aan. Als een kind een gehechtheidsrelatie heeft gevormd, hangt het voor een belangrijk deel van de sensitiviteit van de ouder/verzorger af of de kwaliteit van de relatie veilig of onveilig zal zijn. Iemand is *sensitief* als hij in staat is de signalen van het kind waar te nemen, te begrijpen en daar snel en adequaat op weet te reageren. Een kind met een sensitieve ouder of verzorger leert dat deze beschikbaar is in perioden van stress en een veilige basis

biedt voor het kind. Dat betekent dat een kind met een sensitieve ouder een veilige gehechtheidsrelatie kan hebben, maar met de andere, misschien minder sensitieve ouder, een onveilige gehechtheidsrelatie. Veilige gehechtheid is dus een kenmerk van de relatie tussen het kind en de ouder/verzorger en niet een eigenschap van het kind, zoals bijvoorbeeld het temperament.

Het is niet altijd gemakkelijk om sensitief te reageren. Sommige kinderen hebben een moeilijk temperament (driftig, moeilijk in de omgang), andere kinderen zijn extreem verlegen en bang of geven signalen af die moeilijk te begrijpen zijn. Hoewel sensitief reageren op het kind de grootst mogelijke kans biedt dat het zich veilig hecht, is het *geen* garantie.

Een veilige gehechtheidsrelatie is niet een noodzakelijke voorwaarde voor een psychologisch gezonde ontwikkeling, maar wordt eerder opgevat als een protectieve factor. Van kinderen die een veilige gehechtheidsrelatie hebben weten op te bouwen, is bekend dat zij op latere leeftijd gemakkelijker vriendschappen sluiten en emotioneel stabiel zijn dan kinderen die onveilig gehecht zijn.

Onveilig gehechte kinderen hebben geen vertrouwen in de beschikbaarheid van de ouder/verzorger in perioden van stress. Onveilig gehechte kinderen hebben vaak een ouder/verzorger die *insensitief* op het gedrag van het kind reageert. Insensitiviteit kan zich op twee manieren uiten. Sommige ouders/verzorgers trekken zich weinig van hun kind aan. Ze worden zo sterk in beslag genomen door hun eigen dingen dat het kind altijd op de tweede plaats komt. Ze reageren vaak niet of erg laat op de signalen van hun kind. Vaak zijn ze onverschillig, ongeïnteresseerd en tonen ze weinig affectie en liefde. De tweede categorie ouders/verzorgers is zeker geïnteresseerd in hun kind, maar wordt snel boos als het kind iets doet dat hen niet bevalt. Deze ouders/verzorgers straffen snel en zeer streng en houden weinig rekening met de behoeften en gevoelens van het kind. Het kind straffen of iets verbieden is niet zondermeer insensitief. Duidelijke regels hanteren en structuur bieden, geeft een kind een gevoel van veiligheid, mits het handhaven van de regels op een sensitieve manier plaatsvindt. Het is niet bepaald sensitief om altijd boos en geïrriteerd te reageren op iedere overtreding van een regel of het kind zelden te belonen als het zich aan de regels houdt.

Toch zijn er kinderen die zich veilig hechten, ondanks dat zij ouders hebben die insensitief reageren. Het omgekeerde komt ook voor; kinderen die zich onveilig hechten aan een verzorger die zelf sensitief op het kind reageert.

Het is belangrijk om te weten dat een veilig gehecht kind *niet* een kind is dat bijvoorbeeld erg van knuffelen houdt, graag op schoot zit of heel hard gaat huilen als de ouder/verzorger weggaat. Omgekeerd, onveilig gehecht betekent *niet* dat het kind liever alleen speelt dan met de ouder/verzorger, soms niet aange-

haald wil worden of helemaal niet gaat huilen als de ouder/verzorger weggaat. Deze gedragingen zeggen niets over de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie. De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie blijft meestal ongewijzigd, maar kan ook veranderen; veilig gehechte kinderen kunnen onveilig gehecht raken en onveilig gehechte kinderen kunnen veilig gehecht raken. Als de omstandigheden zich wijzigen, doordat de ouder/verzorger voor lange tijd wordt opgenomen in het ziekenhuis of doordat de ouder/verzorger een ernstige crisis (depressie) doormaakt, kan een veilige gehechtheidsrelatie veranderen in een onveilige gehechtheidsrelatie. Als de ouder/verzorger terug is uit het ziekenhuis of de crisis is overwonnen kan er weer een veilige gehechtheidsrelatie ontstaan.

Hechting blijft een rol spelen gedurende het gehele leven, maar naarmate het kind ouder wordt zullen steeds minder situaties als bedreigend worden ervaren en zal de kennis van de beschikbaarheid van de ouder of verzorger enorm toegenomen zijn, waardoor het gehechtheidsgedrag sneller kan worden afgebouwd. Het gedrag van het kind wordt gevarieerder en flexibeler en het begrijpt steeds meer van de wereld om zich heen. De kinderen van deze tijd pakken hun mobieltje als ze hun moeder nodig hebben wanneer zij niet onmiddellijk beschikbaar is. Het horen van haar stem en weten dat ze op deze manier bereikbaar is, zijn al voldoende om de angstige gevoelens te doen verdwijnen.

### 1.3 Typen gehechtheidsrelaties

De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie kan worden onderzocht door een situatie na te bootsen waarin een kind stress ervaart (zie paragraaf 2.1). Voor een jong kind is het een stressvolle gebeurtenis wanneer het in een onbekende omgeving wordt gebracht en vervolgens van de ouder/verzorger wordt gescheiden. Als een kind voor een korte periode is gescheiden van de ouder/verzorger, dan kunnen we aan de reactie van het kind op de terugkomst van deze persoon zien of het kind een veilige of onveilige gehechtheidsrelatie met hem of haar heeft opgebouwd.

Veruit de meeste kinderen vertonen een *georganiseerd hechtingspatroon* en passen qua gedrag in één van de volgende drie categorieën:

- 1 *veilig gehecht*. Na hereniging met de ouder zullen kinderen binnen een *veilige* gehechtheidsrelatie gedragingen tonen als huilen en/of toenadering zoeken als er behoefte is aan nabijheid van de gehechtheidspersoon. De nabijheid van de ouder zorgt er voor dat het kind snel gerustgesteld wordt. Positieve ervaringen met de ouder hebben het kind geleerd dat de ouder altijd beschikbaar is wanneer het zich angstig of verdrietig voelt en geven

het een gevoel van veiligheid. Deze reactiewijze wordt ook wel *type B* genoemd. Het percentage kinderen met een veilige gehechtheid of type B reactiepatroon ligt tussen de 60 en 70%. Veilig gehechte kinderen hebben meestal ouders of verzorgers die sensitief zijn;

- 2 *onveilig afwerend/ambivalent gehecht*. Binnen *onveilige* gehechtheidsrelaties reageren kinderen anders op toenadering van de gehechtheidspersoon. In een aantal gevallen zorgt een hereniging met deze persoon niet voor herstel van een gevoel van veiligheid. De gevoelens van deze kinderen zijn tegenstrijdig, omdat zij niet zeker weten of de ouder beschikbaar is. De ouders of verzorgers van deze kinderen zijn namelijk vaak onvoorspelbaar in hun sensitieve gedrag. Deze kinderen zijn erg overstuurd wanneer de ouder afwezig is, maar laten zich niet troosten als de ouder is teruggekeerd. Ze zijn passief en ontroostbaar of willen opgetild worden. Maar zodra ze op de arm of schoot zitten, willen ze ook weer snel neergezet worden, wat weer tot nieuw protest leidt. Dit type gehechtheid wordt *afwerend/ambivalent* of type C genoemd. Ongeveer 10% van de kinderen behoort tot dit type;
- 3 *onveilig vermijdend gehecht*. Er kunnen zich ook situaties voordoen waarbij de kinderen ook na hereniging met de ouder een gevoel van onveiligheid houden. Deze kinderen vermijden de ouder tijdens de hereniging en ondernemen nauwelijks pogingen om toenadering te zoeken. Het lijkt alsof deze kinderen geen enkel vertrouwen hebben in de beschikbaarheid van de ouder. De ouders of verzorgers van deze kinderen zijn over het algemeen consequent insensitief of afwijzend. Dit type gehechtheid wordt *vermijdend* of type A genoemd en komt ongeveer in 20% van de gevallen voor.

Tenslotte is er nog een kleine groep kinderen (toch nog 15%) dat geen georganiseerd gehechtheidspatroon vertoont en dus qua gedrag niet in één van de drie genoemde categorieën (veilig, vermijdend, ambivalent) past. Zij laten in dit soort situaties een zogenaamd *gedesorganiseerd of gedesoriënteerd reactiepatroon* van gehechtheid (type D) zien. Het lijkt alsof deze kinderen tegenstrijdige verwachtingen hebben over de beschikbaarheid van de opvoeder of bang zijn voor de opvoeder. Zij laten bijvoorbeeld tegenstrijdige gedragingen of emoties zien (bijvoorbeeld eerst huilen, maar opeens beginnen te lachen), of bewegen zich abnormaal, staan plotseling stil en lijken zich niet meer te kunnen bewegen (bevrozen of verstarren). Soms lijken zij in de war als de ouder terugkomt en toenadering zoekt; zij slaan de handen voor de ogen, of wiegen heen en weer, of wenden het hoofd af terwijl zij naar de ouder lopen of kruipen. Het lijkt alsof de komst van de ouder de stress bij het kind eerder verhoogt dan verlaagt. Zie overzicht 1 voor een volledig overzicht van de typen gehechtheidsrelaties.

*Overzicht 1: Typen gehechtheidsrelaties*

Type A: angstig-vermijndend gehecht. Het kind heeft geen vertrouwen in de beschikbaarheid van de hechtingsfiguur en probeert zo veel mogelijk contact te vermijden, zelfs als het stress ervaart. Het gevoel van veiligheid en geborgenheid wordt zoveel mogelijk bewerkstelligd door aandacht voor gehechtheid te vermijden en gevoelens te neutraliseren.

Type B: veilig gehecht. Het kind heeft vertrouwen in de beschikbaarheid van de hechtingsfiguur in tijden van stress en handhaaft het contact zolang het nog niet gerustgesteld is. Het is goed in staat de gehechtheidsfiguur te gebruiken om een gevoel van veiligheid en geborgenheid te bewerkstelligen.

Type C: angstig-afwerend/ambivalent gehecht. Het kind is onzeker (ambivalent) over de beschikbaarheid van de hechtingsfiguur en is boos en huilt veel, zelfs in de nabijheid van de hechtingsfiguur. Het zoekt soms op een passieve, 'zielige' manier contact. Dit kind is voortdurend bezig met de beschikbaarheid en aanwezigheid van de gehechtheidsfiguur.

Type D: gedesorganiseerd/gedesoriënteerd gehecht. Het kind vertoont geen coherent hechtingspatroon, dat wil zeggen het gehechtheidsgedrag is op cruciale momenten niet te verenigen met één van de georganiseerde gehechtheidstrategieën (veilig, vermijndend, afwerend). Dat kan zich uiten in chaotisch, tegenstrijdig, bizar en angstig gehechtheidsgedrag in de aanwezigheid van de hechtingsfiguur.

Volgens Main en Hesse (1990) kan een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie worden opgevat als een innerlijk conflict bij het kind. Het kind wordt gedesorganiseerd in het gedrag wanneer het merkt dat de verzorger tegelijk de bron is van onrust en gevaar, maar ook de enige mogelijkheid om de angst te verminderen. Een angstig kind zoekt immers nabijheid en geborgenheid bij de ouder, maar het ervaart dat de ouder zelf de bron van zijn angst is. Het kind ziet zich dus geplaatst voor een onoplosbare paradox.

Er blijkt een verband te bestaan tussen dit type gehechtheid en onverwachte sterfgevallen, trauma of ander onverwerkt verlies in het leven van de ouder/verzorger<sup>1</sup>. Van onverwerkt verlies kan sprake zijn als een ouder/verzorger bijvoorbeeld nog steeds beangstigd is door het besef dat het kind gehandicapt is of, in geval van adoptie, dat de adoptieouder zelf geen kinderen kan krijgen.

<sup>1</sup> Uit recent onderzoek is gebleken dat genetische factoren nauwelijks een rol spelen (Bokhorst, Bakermans-Kranenburg, Fearon, Van IJzendoorn, Fonagy & Schuengel, 2003).

In de normale populatie wordt dit gehechtheidspatroon bij ongeveer 15% van de kinderen waargenomen. In klinische groepen (kinderen die aangemeld zijn bij ambulante of residentiële hulpverleningsinstellingen) kan het percentage kinderen met een gedesorganiseerd gehechtheidspatroon oplopen tot wel 80%. In dat geval gaat het vaak om gezinnen met een geschiedenis van kindermishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik of gezinnen waar één of beide ouders een psychiatrische stoornis heeft of hebben of drugsverslaafd is of zijn.

Gedesorganiseerde gehechtheidspatronen vinden we vaker bij jongere dan bij oudere kinderen. In de kleuterleeftijd tot aan het begin van de basisschool laten kinderen die op jonge leeftijd gedesorganiseerd waren, vaak *controlerend gehechtheidsgedrag* zien. Kenmerkend voor controlerend gehechtheidsgedrag is *rolomkering* in de ouder-kind relatie. Deze rolomkering manifesteert zich op twee manieren, namelijk in een controlerend zorgzame verstandhouding ten opzichte van de hechtingsfiguur of in een controlerend bestraffende verstandhouding. Controlerende gedragingen worden als niet-leeftijdsadequate gedragingen beschouwd.

*Marlette van zes jaar wordt naar de burens gebracht, zodat haar moeder rustig boodschappen kan doen. Als haar moeder terug komt, zegt Marlette bestraffend: "Je bent te laat!". Vervolgens kijkt ze in de tas of haar moeder wel genoeg boodschappen gehaald heeft.*

Uit de literatuur komt geen eenduidig beeld naar voren over de ernst en de gevolgen van een onveilige gehechtheidsrelatie. Volgens sommigen is onveilige gehechtheid *geen* hechtingsprobleem. Onveilige gehechtheid zien zij als een adequate aanpassing van het kind aan een niet-sensitieve ouder/verzorger. Kinderen die een niet-sensitieve ouder/verzorger vermijden doen daar goed aan omdat ze weten dat ze toch niet veel goeds van deze ouder/verzorger kunnen verwachten. Anderen suggereren dat een onveilige gehechtheidsrelatie juist wel een hechtingsprobleem is en dat behandeling nodig is vanwege de kans op latere aanpassingsproblemen. Zo'n behandeling is vaak gericht op het verhogen van de ouderlijke sensitiviteit en/of op de behandeling van het kind. Er is meer overeenstemming over de gevolgen van een gedesorganiseerde gehechtheid. Kinderen met een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie hebben zeker een hechtingsprobleem. Vooral als er nog andere risicofactoren in het spel zijn, bijvoorbeeld grote spanningen binnen het gezin of de leefgroep of een moeilijk temperament bij het kind, lopen zij een groot risico op het ontwikkelen van emotionele problemen en gedragsproblemen op latere leeftijd.

Gezien de ernst van dit risico vinden sommigen dat een gedesorganiseerde gehechtheid gerekend moet worden tot de hechtingsstoornissen.

#### 1.4 Hechtingsstoornissen

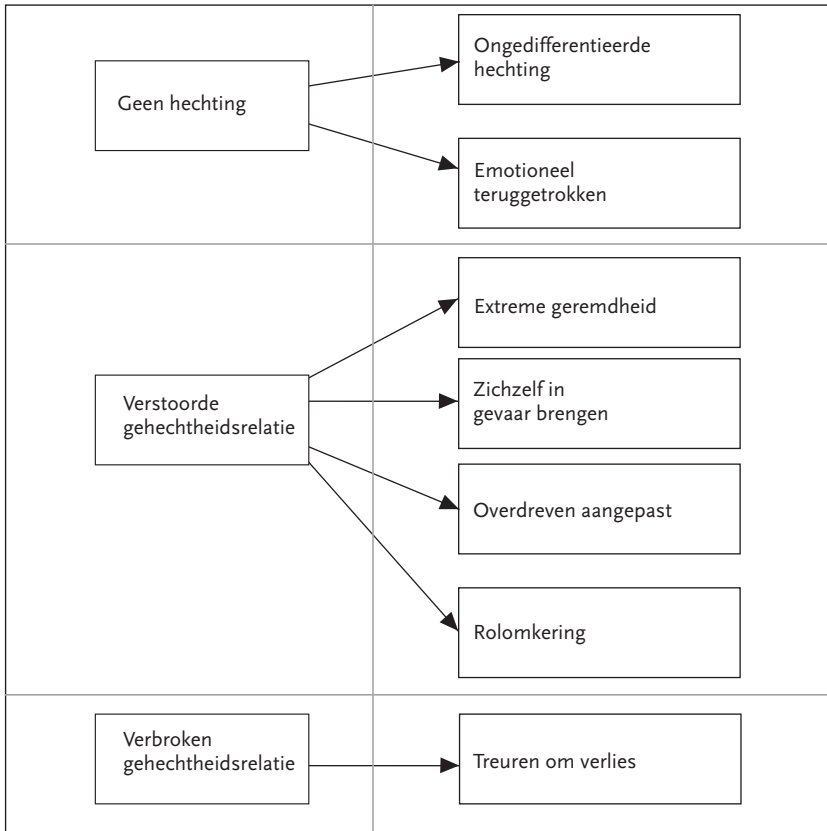
Een onveilige gehechtheidsrelatie is niet hetzelfde als een hechtingsstoornis. De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) kent sinds 1980 de categorie reactieve hechtingsstoornis (RAD). Deze stoornis, die in de eerste vijf levensjaren moet zijn ontstaan, houdt in dat er voor het kind niet een duidelijk aanwijsbare gehechtheidsfiguur is op wie het zich richt. In feite is er dus geen gehechtheidsrelatie gevormd. In de latere versies van de DSM worden twee subtypen onderscheiden: het *geremde* (*inhibited/emotional withdrawn*) en het *ongeremde type* (*disinhibited/indiscriminate*). Het gerede kind trekt zich emotioneel terug of is erg timide en zoekt geen toenadering tot welke opvoeder dan ook als het bang of overstuur is. Er kan ook sprake zijn van toenadering op een tegenstrijdige of angstige manier. Het ongeremde kind is slechts tot oppervlakkige hechtingen in staat en is niet selectief in het kiezen van vriendschappen. Dit noemen we ook wel *kritiekloze vriendelijkheid*.

Er is veel kritiek op bovenstaand classificatiesysteem geweest, omdat men vond dat behalve ‘geen hechting’ ook stoornissen in de gehechtheidsrelaties zelf (een ‘verstoorde gehechtheidsrelatie’) tot de hechtingsstoornissen gerekend moesten worden. In deze tekst volgen we indeling van Zeanah en Boris (2000), omdat deze tegenwoordig het meest geaccepteerd is. Zij stellen een indeling (zie figuur 1, p. 20) voor waarin onderscheid wordt gemaakt tussen:

- *geen hechting*<sup>2</sup>, waarbij het kind er niet in slaagt om een gehechtheidsrelatie met een volwassene op te bouwen;
- een *verstoorde gehechtheidsrelatie*, waarbij het kind wel een hechtingsfiguur heeft, maar de relatie met die persoon is verstoord;
- een *verbroken gehechtheidsrelatie*, waarbij de eerste hechtingsfiguur plotseling wegvalt door ernstige ziekte, echtscheiding of sterfte of door adoptie, uithuisplaatsing of anders.

Alleen onder uitzonderlijke omstandigheden is het mogelijk dat een kind *geen gehechtheidsrelatie* met iemand heeft kunnen vormen. Hierbij valt te denken aan ernstige mishandeling, extreme verwaarlozing van basale emotionele behoeften, het ontbreken van voldoende stimulering of bij de afwezigheid van een hechtingsfiguur door frequent wisselende verzorgers (zoals in kinderte-

<sup>2</sup> Deze categorie komt overeen met de reactieve hechtingsstoornis uit de DSM-IV.



Figuur 1: Typen hechtingsstoornissen (naar Zeanah & Boris, 2000)

huizen of plaatsingen in verschillende pleeggezinnen). We spreken ook wel van kindgerelateerde gehechtheidsproblemen.

Een essentieel kenmerk is dat de problemen in de sociale relaties vroeg in de ontwikkeling moeten zijn ontstaan en dat zij duidelijk te onderscheiden moeten zijn van pervasieve ontwikkelingsstoornissen, zoals autisme. De gedragingen moeten bovendien niet volledig door ontwikkelingsachterstanden verklaard kunnen worden. Gelukkig zijn kindgerelateerde gehechtheidsproblemen vrij zeldzaam, omdat de omstandigheden waaronder deze hechtingsstoornissen ontstaan zeer extreem moeten zijn en het vermogen om te hechten aangeboren is en goed is beschermd tegen negatieve invloeden. De diagnose wordt dus alleen gegeven als er duidelijk bewijs is van een geschiedenis van 'pathogene zorg'.

De prognose van kinderen met kindgerelateerde gehechtheidsproblemen is niet erg gunstig. Veel van deze kinderen ontwikkelen in de puberteit en vroege volwassenheid een persoonlijkheidsstoornis, zelfs als ze intensief behandeld worden of in pleeggezinnen geplaatst worden. Toch kan plaatsing in een pleeggezin een positief effect hebben op de ontwikkeling van sociale vaardigheden en stabiliteit van de emotionele relaties. De ontwikkeling van een gevoel van eigenwaarde en van emotioneel welzijn blijven echter vaak problematisch.

In geval van een *verstoorde gehechtheidsrelatie* gaat het om problemen die alleen voorkomen in bestaande gehechtheidsrelaties van kinderen; de gehechtheidsrelatie zelf is voor het kind een bron van spanning en angst, in plaats van een bron van troost en ontspanning. De gehechtheidsrelatie kan op verschillende manieren verstoord zijn. Sommige kinderen brengen zich in de aanwezigheid van de opvoeder opzettelijk in gevaar door snel een drukke straat over te rennen, of op hoge, smalle muurtjes te klauteren, enzovoorts. Andere kinderen zijn zo extreem onzeker en angstig dat zij voortdurend lichamelijke contact met de opvoeder nodig hebben, zich vastklampen, vooral als er onbekende personen in de buurt zijn. Er zijn ook kinderen die in de nabijheid van de hechtingsfiguur overdreven aangepast gedrag laten zien, alsof zij het de opvoeder voortdurend naar de zin willen maken. Vooral dit laatste type zien we vaak bij kinderen die mishandeld zijn. Er zijn ook kinderen die de rol van de opvoeder overnemen door deze te willen verzorgen en beschermen<sup>3</sup>.

Zelfs wanneer de gehechtheidsrelaties van een kind met al zijn gehechtheidsfiguren diepgaand zijn verstoord, kan er niet met zekerheid worden gesteld dat er sprake is van een kindgerelateerde stoornis. Het is namelijk mogelijk dat het kind niet de gelegenheid heeft gekregen een relatie op te bouwen met een stabiele gehechtheidsfiguur.

In het geval van een *verbroken gehechtheidsrelatie* gaat men er vanuit dat het verlies van een hechtingsfiguur zo ingrijpend is voor een jong kind dat het duidelijk verschilt van het verlies van een belangrijk persoon in iemands leven in een andere fase in de ontwikkeling. Van deze stoornis is niet heel veel bekend, maar men neemt aan dat de aanwezigheid van een andere hechtingsfiguur als een buffer kan fungeren voor het wegvallen van de eerste hechtingsfiguur. Aan de andere kant veronderstelt men ook dat kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie kwetsbaarder zijn in dit soort situaties dan kinderen met een verstoorde gehechtheidsrelatie.

---

<sup>3</sup> Wat de relatie is tussen dit gedragspatroon en het fenomeen van de gedesorgeriseerde gehechtheid, waar we het eerder over hadden, is niet bekend.

### 1.5 De kwaliteit van de hechting bij kinderen met een ontwikkelingsstoornis of verstandelijke beperking

Er is tot nog toe weinig onderzoek gedaan naar de hechtingsontwikkeling van kinderen met een ontwikkelingsstoornis of verstandelijke beperking. De vraag of deze kinderen een even grote kans hebben op het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie is dus nog niet eenduidig te beantwoorden. De gepubliceerde studies beperken zich tot kinderen met een autistische stoornis (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn & Van Berckelaer-Onnes, 2005; Wijnroks, 2004) en kinderen met het syndroom van Down (Vaughn, Goldberg, Atkinson & Marcovitch, 1994).

Een autistische stoornis is lange tijd beschreven als een gebrek aan vermogen om normaal gehechtheidsgedrag te vertonen vanwege de beperkingen in de sociale interacties en communicatie. Onderzoek toont echter aan dat kinderen met een autistische stoornis gehechtheidsgedrag kunnen laten zien; zij maken onderscheid tussen de primaire verzorgers en vreemden en vertonen meer sociaal gedrag ten opzichte van de ouders/verzorgers dan van vreemden. Bovendien reageren deze kinderen net als normaal begaafde kinderen met contact zoeken als zij kortstondig gescheiden zijn geweest van hun ouder/verzorger. De resultaten uit onderzoek bij kinderen met het syndroom van Down laten een vergelijkbaar beeld zien. Dit gegeven toont eens te meer aan hoe sterk het vermogen te hechten biologisch verankerd ligt in de ontwikkeling van elk kind.

Ongeveer de helft van deze kinderen ontwikkelt een veilige gehechtheidsrelatie. Dat is weliswaar lager dan het percentage dat we vinden bij niet-klinische populaties, maar hierbij moet worden aangetekend dat kinderen met een autistische stoornis en een verstandelijke beperking het laagste percentage veilige gehechtheidsrelaties laten zien en kinderen met uitsluitend een autistische stoornis in dit opzicht niet verschillen van normaal begaafde kinderen. We kunnen dus voorlopig concluderen dat kinderen met een autistische stoornis en/of verstandelijke beperking veilige gehechtheidsrelaties met hun ouders/verzorgers kunnen ontwikkelen.

Toch is hier niet alles mee gezegd. Uit een, weliswaar nog beperkt, aantal onderzoeken blijkt dat veel van de genoemde groepen een gedesorganiseerd reactiepatroon van gehechtheid laten zien. Hoe is dit te verklaren?

Een begin van een mogelijke verklaring is de veronderstelling dat hechting uit twee delen bestaat: een biologisch deel en een cognitief deel. Het biologische deel betreft de ontwikkeling van de eerste gehechtheidsrelatie en dat is een sterk biologisch gestuurd proces. Daardoor is het relatief onkwetsbaar voor verstoringen door ernstige beperkingen aan de kant van het kind. De ontwikkeling van de meer cognitieve component van hechting, het intern werkmodel, raakt daar-

entegen veel gemakkelijker verstoord door beperkingen in de sociale en emotionele ontwikkeling. De opbouw van een intern werkmodel eist veel meer van kinderen met een ontwikkelingsachterstand. Zij zijn daardoor niet in staat een samenhangend werkmodel op te bouwen. Met andere woorden, het gedesorganiseerd gehechtheidspatroon dat deze kinderen zo vaak lijken te vertonen, kan gezien worden als een probleem in de ontwikkeling van het intern werkmodel.

*Een voorbeeld van een autistische jongen met gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag:*

*David is een jongen van zeven jaar die vanwege zijn autistische stoornis en verstandelijke beperking overdag naar een kinderdagverblijf gaat. Hij laat volgens zijn moeder een duidelijk patroon van gedesorganiseerde gehechtheid zien. Zijn moeder beschrijft hem als een drukke maar angstige jongen, die thuis geen moment alleen gelaten wil worden. Hij is verlegen en bang voor onbekenden, maar eist alle aandacht op als er een familielid of goede bekende op bezoek komt en probeert voortdurend de grenzen te verleggen. In drukke situaties zoekt hij contact met zijn moeder of gaat alleen stil in een hoekje zitten spelen. Als hij naar een oppas wordt gebracht en zijn moeder haalt hem later op dan klampt hij zich stevig aan haar vast, maar hij vermijdt ieder oogcontact. Als zij hem wil vasthouden of optillen verzet hij zich hevig. Dan weer lijkt hij volkomen kalm en wordt ineens boos. Op andere momenten gaat hij kringetjes lopen in de kamer en raakt in de war als zij toenadering tot hem zoekt. Moeder zegt: "Als hij thuis komt met de taxi van het dagverblijf krijg ik geen begroeting. Hij holt langs mij heen naar binnen, vraagt wat we eten en pakt speelgoed".*

Kinderen met een autistische stoornis zouden het vermogen missen om stabiele verwachtingen te vormen. Zij kunnen mogelijk de reacties van ouders/verzorgers niet begrijpen of niet koppelen aan het eigen gedrag, bijvoorbeeld doordat zij problemen hebben in de waarneming van het verband tussen het eigen gedrag en de emotionele expressies van anderen. Kinderen met een verstandelijke beperking zouden door hun beperkte denkcapaciteit meer moeite kunnen hebben om meer complexe verwachtingen over het gedrag van hun ouders of verzorgers op te bouwen. Het is niet ondenkbaar dat dit soort kinderen door hun cognitieve beperkingen alleen maar verwachtingen over het gedrag van anderen kunnen opbouwen als de ouder/verzorger iedere keer op exact dezelfde wijze reageert. De meeste ouders/verzorgers zullen echter iedere keer weer net even anders reageren.

Een verklaring die nog nauwelijks is onderzocht bij kinderen met een autistische stoornis en een verstandelijke handicap, is dat de oorzaak van een gedesorganiseerde gehechtheid gezocht moet worden in de kwaliteit van de opvoeder-kind interactie, met name de sensitiviteit van de ouder (zie ook Juffer, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2005). Het is mogelijk dat ouders van deze kinderen te maken hebben met gevoelens van onverwerkt verlies, omdat deze ouders, zoals Janssen, Schuengel & Stolk (2002) suggereren, er niet in slagen hun voorstelling van een gezond kind in overeenstemming te brengen met de realiteit van het ouderschap van een kind met een stoornis of beperking. Ouders zijn hierdoor tijdelijk of permanent onvoldoende beschikbaar voor hun kind en de sensitiviteit ontbreekt om adequaat te reageren op hun kind. Een ander belangrijk punt is dat we niet moeten vergeten dat de hechtingssignalen die deze kinderen vertonen dermate complex en tegenstrijdig kunnen zijn, dat zij voor *iedereen* lastig te interpreteren zijn. De meeste ouders/verzorgers zullen problemen ondervinden bij het interpreteren van deze signalen, zelfs als vaststaat dat zij voldoende sensitiviteit vertonen in de opvoeding van hun andere, gezonde en normaal begaafde kinderen.

Het is goed te bedenken dat kinderen met bepaalde motorische beperkingen of neurologische stoornissen, zoals spastische kinderen, gedragingen kunnen laten zien die oppervlakkig gezien sterk lijken op gedragingen die behoren bij een gedesorganiseerde gehechtheidspatroon. Kinderen met dit soort beperkingen of stoornissen kunnen bijvoorbeeld vreemde, chaotische bewegingen vertonen die ten onrechte gezien kunnen worden als teken van een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. In figuur 2 op p. 25 staan voorbeelden van gedragingen die sterk kunnen lijken op vormen van gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag, maar eerder toe te schrijven zijn aan een onderliggende neurologische stoornis.

## 1.6 Zijn alle emotionele problemen hechtingsproblemen?

We moeten oppassen dat we niet alle emotionele stoornissen reduceren tot hechtingsproblemen. Kinderen met een verstandelijke beperking en/of een autistische stoornis kunnen sterke afwijkingen laten zien in het sociale en emotionele gedrag. Deze stoornissen kunnen zo ernstig zijn dat de ontwikkeling van een normale gehechtheidsrelatie onder druk komt te staan. Het is een foutieve aanname te veronderstellen dat hechtingsproblemen de basis vormen van *alle* emotionele problemen. Het is eveneens volstrekt onjuist de behandeling primair te richten op het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie vanuit de gedachte dat hiermee een begin gemaakt zou kunnen worden met het verminderen of zelfs oplossen van de emotionele en sociale problematiek.

Symptoombeschrijving	Indicator gedesorganiseerd gedrag	Indicator neurologische stoornis
<p>Toenadering van de gehechtheidsfiguur met tussentijdse onderbrekingen, gevolgd door nieuwe toenaderingen</p> <p>Uitzonderlijke trage of hinkende/slepende bewegingen</p>	<p>Ongerichte, foutgerichte, onvolledige en onderbroken bewegingen</p>	<p>Chorea</p> <p>Hypotonie of dyspraxie</p>
<p>Herhaalde ritmische bewegingen met een onduidelijke functie</p> <p>Asymmetrische bewegingen</p> <p>Asymmetriën in het gezicht</p> <p>Ongewone lichaamshoudingen</p>	<p>Stereotypieën, asymmetrische bewegingen en atypische lichaamshoudingen</p>	<p>Ingrijpende ontwikkelingsstoornissen, zoals autisme, PDD-NOS</p> <p>Dyspraxie, cerebrale parese</p> <p>Spierzwakte</p> <p>Dystonie</p>
<p>Bevoren bewegingen en lichaamshoudingen</p>	<p>Verstarren in de bewegingen, onbeweeglijkheid, langzame bewegingen</p>	<p>Epilepsie</p>
<p>Gedesoriënteerd rond dwalen</p>	<p>Desoriëntatie</p>	<p>Verstandelijke beperking</p>

Figuur 2: Voorbeelden van symptomen van gedesorganiseerde gehechtheidsgedragingen en neurologische stoornissen (naar Pipp-Siegel, Siegel & Dean, 1999)

Hiermee is niet gezegd dat het creëren van een situatie waarin het kind zich veilig kan voelen ook achterwege gelaten kan worden. Een situatie waarin een kind zich veilig kan voelen is geheel iets anders dan een situatie waarin een kind zich veilig heeft gehecht aan een hechtingsfiguur. Het eerste is een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde voor verdere succesvolle behandeling. Een situatie waarin het kind zich veilig heeft gehecht aan een hechtingsfiguur is zelfs geen noodzakelijke voorwaarde voor een succesvolle behandeling.



## 2 Instrumenten voor diagnostiek van problematisch gehechtheidsgedrag

### 2.1 Diagnostiek van onveilig gehechtheidsgedrag

Er zijn enkele instrumenten ontwikkeld die bewezen hebben betrouwbaar en valide te zijn in het onderzoek naar gehechtheidsgedrag: de Vreemde Situatie Procedure (VSP) en de Attachment Q-sort (AQS). Deze instrumenten zijn voor de alledaagse praktijk van de hulpverlening echter vaak te complex. Ze vergen intensieve training in het gebruik, kunnen alleen betrouwbaar gescoord worden door gecertificeerde observatoren, zijn zeer arbeidsintensief en deze instrumenten zijn voor de diagnostiek van de gehechtheidsrelatie van oudere kinderen niet geschikt. Het is de vraag of deze methoden wel valide zijn voor kinderen met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking, omdat deze kinderen mogelijk anders reageren op scheidingen en herenigingen dan kinderen met een normale verstandelijke ontwikkeling. Ondanks deze bezwaren beschrijven we deze instrumenten toch, want als er (nieuwe) methoden voor diagnostiek worden of zouden zijn ontwikkeld, dan zullen deze methoden altijd gebruik maken van het begrippenkader dat in de VSP en AQS wordt gehanteerd.

#### *Overzicht 2: Methoden voor onderzoek naar gehechtheidsgedrag*

De 'Vreemde Situatie Procedure' ('Strange Situation Procedure', zie Ainsworth et al. 1978 en Ainsworth & Wittig, 1969) is een kunstmatige situatie waarbij een kind in een onbekende situatie enkele malen van de hechtingsfiguur en een vreemde wordt gescheiden en weer herenigd. Aan het gedrag van het kind ten opzichte van de hechtingsfiguur en de vreemde kan de mate van veiligheid van de hechting afgelezen worden. Het gedrag wordt daarbij op zes kenmerken van kindgedrag bekeken:

- Nabijheid en contact zoeken.
- Contacthandhavend gedrag (hoe reageert het kind als de moeder weggaat?).

- Afwerend gedrag (is het kind boos, gaat het jengelen?).
- Vermijdend gedrag (lijkt het kind de moeder te negeren, doet het net of moeder er niet is?).
- Zoekgedrag tijdens de scheidingsepisoden.
- Interactie over een afstand.

Kinderen tot twee jaar kunnen op grond van hun gedrag in de vreemde situatieprocedure in vier groepen worden ingedeeld (zie paragraaf 1.3 Typen gehechtheidsrelaties, pag. 17).

Aan de hand van een (thuis)observatie kan een *Attachment Q Sort* gedaan worden (Waters & Deane, 1985) voor kinderen van één tot vijf jaar. De Q sort bestaat uit negentig items, waarvan een deel betrekking heeft op zogenaamd 'veilige basis-gedrag' waardoor het kind laat zien dat het de gehechtheidsfiguur gebruikt om zijn gevoelens van veiligheid te reguleren. De items worden door de observator ingedeeld in negen niveaus voor de mate waarin een item bij het gedrag van een kind past (Solomon & George, 1999). Uiteindelijk wordt er voor het kind een score gegeven op een veiligheidscontinuüm.

Er is ook een tweetal methoden ontwikkeld om de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie bij oudere kinderen te classificeren: het Cassidy and Marvin System en de Preschool Assessment of Attachment. Deze twee methoden veronderstellen ook een gecertificeerde observator. De validiteit van deze methoden voor kinderen met een verstandelijke beperking is nog onduidelijk en niet onderzocht.

*Overzicht 3: Methoden voor classificatie van de gehechtheidsrelatie bij oudere kinderen*

Het '*Cassidy and Marvin system*' werd ontwikkeld door Cassidy, Marvin en the MacArthur Working Group (1992).

Deze classificatiemethode voor de voorschoolse leeftijd bevat twee scheidingen en herenigingen van kind en verzorger. De methode gaat uit van de continuïteit in gehechtheidsgedrag op verschillende leeftijden. Voor deze methode zijn de criteria volgens de ontwikkeling van een kind aangepast. Zo wordt er bij een iets ouder kind bijvoorbeeld in plaats van 'naar nabijheid zoeken' gekeken naar 'hoe het kind van een afstand met zijn ouder communiceert'. Met behulp van dit systeem kunnen kinderen in vijf verschillende groepen worden ingedeeld: veilig, vermijdend, ambivalent, controlerend/gedesorganiseerd, onveilig/anders.

*'The Preschool Assessment of Attachment'* van Crittenden (1988-1994; 1992). Deze classificatiemethode bevat ook twee scheidingen en herenigingen van kind en verzorger. Het gaat uit van een dynamische benadering, waarbij gehechtheidsgedrag verandert onder invloed van ervaringen van het kind. Bij deze methode ligt er een grotere nadruk op de functie van het gedrag van het kind ten opzichte van de ouder. Zo wordt rolomkerend gedrag als onderdeel van een verdedigende strategie gezien (zie paragraaf 1.2, pag. 13). Ook actief vermijdingsgedrag valt onder deze strategie. Het hechtingsgedrag kan op zes verschillende manieren worden geclassificeerd: veilig, verdedigend, dwangmatig, verdedigend/dwangmatig, angstig/depressief en onveilig/anders.

Vier methoden van diagnostiek (met gebleken validiteit en betrouwbaarheid) verdienen speciale aandacht. De eerste twee worden in veel onderzoeken gebruikt: de Separation Anxiety Test en de Story Stem Method. Beide methoden gaan er vanuit dat het intern werkmodel van gehechtheid van kinderen daarmee gemeten zou worden. Onduidelijk is echter of het een meting is van het interne werkmodel van de relatie met een specifieke gehechtheidsfiguur, of een meting van een gegeneraliseerd intern werkmodel. Ze vereisen minder training dan de laatste twee, maar zijn nog niet zonder meer direct bruikbaar in de praktijk, alhoewel gebruik van de Story Stem Method in de klinische praktijk bij normaal begaafde kinderen vanaf ongeveer vier jaar veelbelovend lijkt (persoonlijke mededeling G. Suess, 2005). Of dit ook geldt voor gebruik bij kinderen met een verstandelijke beperking is nog onduidelijk. De beide andere methoden zijn Nederlandstalige vragenlijsten met gebleken validiteit en betrouwbaarheid, maar de bruikbaarheid voor deze zorgsector is nog onduidelijk.

#### *Overzicht 4: Methoden van diagnostiek*

De *'Separation Anxiety Test'* (Bowlby, 1959; 1973) is een oorspronkelijk door Bowlby ontwikkelde test bestaande uit zes zwart-wit platen die ernstige tot minder ernstige scheidingsituaties tussen ouders en kind uitbeelden. De plaat wordt uitgelegd en er wordt de kinderen gevraagd wát het kind op de plaat zou voelen, waaróm het kind dat zou voelen en wat het kind zou gaan doen. Vervolgens wordt gevraagd naar de eigen gevoelens van het kind. Deze op band opgenomen antwoorden worden later gescoord op éénentwintig categorieën met elk een score voor 'het andere kind' en voor 'jezelf' op drie factoren: 1) veilige gehechtheid, waarbij

nagegaan wordt in hoeverre het kind gevoelens uit bij de ernstiger vormen van scheiding, 2) zelfvertrouwen in het hanteren van de mildere vormen van scheiding van de ouders, 3) vermindering van het onderwerp scheiding.

De *'Story Stem Method'* (Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990; Green, Goldwyn & Stanley, 2000) is een methode waarbij poppen worden gebruikt om kinderen reacties te ontlocken. De poppen vormen een groot gezin. De onderzoeker vertelt verhalen over enigszins stressvolle gezinsomstandigheden, bijvoorbeeld een korte vakantie van de ouders. Er wordt het kind gevraagd te vertellen en uit te spelen wat er dan zou gebeuren in het gezin. Deze informatie wordt later gescoord op zogenaamde procesthema's (volledigheid, coherentie, geweld, onopgelost gevaar, uiting van emotionaliteit) en op inhoudsthema's (verwaarlozing of misbruik door ouders, disciplineren, gehoorzaamheid, openheid van communicatie).

De vragenlijst *'Waargenomen hechting en sociale inhibitie'* (Wijnroks e.a., 2000) wordt gebruikt om de mate vast te stellen waarin kinderen veilige basisgedrag en onveilig gehechtheidsgedrag laten zien in verschillende sociale contexten ten opzichte van de ouder of verzorger die de lijst invult. Een voorbeeldvraag uit de lijst luidt: Als u uw kind voor een korte periode bij een vertrouwd familielid of een goede bekende (bijvoorbeeld de oppas) achterlaat, wat is zijn/haar reactie op uw terugkomst? De antwoordmogelijkheden zijn: 1) het reageert boos op mij; 2) het begroet mij blij; 3) het zoekt geen contact met mij; 4) het klemt zich aan mij vast. Antwoordcategorieën 1 of 3 krijgen de score 2. Antwoordcategorie 4 krijgt de score 1 en antwoordcategorie 2 krijgt de score 0. Vervolgens worden de scores bij elkaar geteld. De vragenlijst bestaat uit drie schalen: Waargenomen onveiligheid ( $\alpha=.77$ ); Waargenomen veiligheid ( $\alpha=.71$ ); Sociale inhibitie ( $\alpha=.76$ ).

De vragenlijst *'Waargenomen gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag'* (Wijnroks e.a., 2000) bestaat uit 52 items. Elk item beschrijft een voorbeeld van gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag. De antwoordcategorieën bestaan uit een ja- en een nee-antwoord. Een ouder/verzorger kruist 'ja' aan wanneer hij/zij het omschreven gedrag wel eens geobserveerd heeft op het moment waarop de ouder het kind ophaalt, nadat zij ten minste enkele uren van elkaar gescheiden zijn geweest (het kind ging naar school, peuterspeelzaal of kinderdagverblijf). Het aantal ja-ant-

woorden geeft een indicatie voor de mate waarin het kind gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag laat zien. Het is belangrijk dat het geobserveerde gedrag zich alleen voordoet in een scheidings-herenigingsituatie om eventuele verwarring met niet-relatiegebonden gedrag te voorkomen.

## 2.2 Diagnostiek van een hechtingsstoornis

In de DSM en in de International Classification of Diseases (ICD) staan een aantal criteria voor het vaststellen van een hechtingsstoornis. Hier zullen alleen de DSM-criteria besproken worden omdat deze het meest worden gebruikt in Nederland.

*Overzicht 5: Classificatiecriteria voor een reactieve hechtingsstoornis volgens de DSM-IV*

De classificatiecriteria voor een reactieve hechtingsstoornis (RAD) op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd zijn volgens de DSM-IV (APA 1994):

*Criterium A. Duidelijk gestoorde en niet bij de ontwikkeling passende sociale bindingen in de meeste situaties, beginnend voor het vijfde jaar zoals blijkt uit ofwel 1) ofwel 2):*

1) *Aanhoudend er niet in slagen de aanzet te geven of te reageren op de meeste interacties, op een bij de ontwikkeling passende manier zoals blijkt uit buitensporige geremdheid, overmatige waakzaamheid of sterk ambivalente en tegenstrijdige reacties (bijvoorbeeld het kind kan reageren op ouders/verzorgers met een mengeling van toenadering, afstand nemen of weigeren getroost te worden, of het kan verstijfd op de hoede zijn).*

2) *Oppervlakkige hechtingen, zoals blijkt uit kritiekloze vriendelijkheid met duidelijk onvermogen passende selectieve hechtingen te tonen (bijvoorbeeld buitensporig vrijpostig ten opzichte van betrekkelijk vreemden of een gebrek aan selectiviteit in de keuze van hechtingsfiguren).*

*Criterium B. De stoornis in criterium A is niet enkel te verklaren door een achterstand in de ontwikkeling (zoals bij mensen met een verstandelijke handicap) en voldoet niet aan de criteria van een pervasieve ontwikkelingsstoornis.*

*criterium C. Pathogene zorg zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:*

- 1) aanhoudende veronachtzaming van de basale emotionele behoeften van het kind aan troost, aanmoediging en affectie.*
- 2) Aanhoudende veronachtzaming van de basale lichamelijke behoeften van het kind.*
- 3) Herhaald wisselen van de vaste verzorger hetgeen de vorming van een stabiele hechting verhindert (bijvoorbeeld frequent veranderen van pleegzorg).*

*criterium D. Er is reden te veronderstellen dat de zorg in criterium C verantwoordelijk is voor het gestoorde gedrag in criterium A (bijvoorbeeld de stoornissen in criterium A volgden op de pathogene zorg in criterium C).*

*Specificeer type:*

**Geremde type:** indien criterium A1 het beeld overheerst.

**Ontremde type:** indien criterium A2 het beeld overheerst

Met de DSM-IV-criteria kan ook het type *reactieve hechtingsstoornis* worden gespecificeerd. Wanneer criterium A1 in het gedrag van het kind overheerst, kan het geremde type reactieve hechtingsstoornis worden geclassificeerd. Wanneer criterium A2 overheerst, kan het ongeremde type reactieve hechtingsstoornis worden geclassificeerd (APA, 1994) (zie paragraaf 1.3). Er kleven echter een aantal nadelen aan het gebruik van de classificatie volgens de DSM-IV (Stuivenberg, 2003):

- er wordt een te sterke nadruk gelegd op het oordeel van de clinicus;
- de criteria geven geen duidelijk uitsluitsel over de vorm van problematisch gehechtheidsgedrag: gaat het om een hechtingsstoornis of slechts om een onveilige gehechtheidsrelatie?
- de criteria leggen te veel de nadruk op de stoornis als reactie op pathogene zorg, een kenmerk van de opvoeder, terwijl het gaat om het gedrag van het kind met de hechtingsfiguur;
- kinderen met een verstandelijke beperking komen niet in aanmerking voor de diagnose reactieve hechtingsstoornis. Criterium B zegt immers dat de stoornis niet enkel te verklaren mag zijn door een achterstand in de ontwikkeling, zoals bij kinderen met een verstandelijke beperking. Het is bijna onmogelijk om aan te tonen dat de reden van het afwijkende gedrag van een kind een vermoedelijke hechtingsstoornis is en niet de verstandelijke beperking;

- kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis worden uitgesloten voor de diagnose reactieve hechtingsstoornis. De diagnose RAD mag immers niet gesteld worden bij kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis (criterium B);
- verder noemt een aantal wetenschappers de huidige DSM- en ICD-criteria vaag en verwarrend. In de toekomst zal er meer naar het hechtingsgedrag (zie de volgende paragraaf) van het kind gekeken moeten worden in plaats van naar de syndromen.

Er zijn dus veel en vooralsnog onoverkomelijke problemen in de diagnostiek van (on)veilige gehechtheid en hechtingsstoornissen. Daarom pleiten wij ervoor, samen met veel auteurs waaronder ook Fraley en Spieker (2003), om de verschillende vormen van gehechtheidsgedrag op basis van onveilige gehechtheid of een hechtingsstoornis niet als aparte categorieën te zien, maar deze als een continuüm te beschouwen en in het vervolg te spreken over *problematisch gehechtheidsgedrag*.

### 2.3 Het signaleren van problematisch gehechtheidsgedrag

Boris en Zeanah (2005) hebben in dit verband een op onderzoek gebaseerde opsomming gegeven van signalen van *verstoord gehechtheidsgedrag* (zie paragraaf 1.3) bij jonge kinderen in een consensusdocument van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ([www.aacap.org](http://www.aacap.org)). Met behulp van deze signalen is het mogelijk alle aspecten van gehechtheidsgedrag apart te onderzoeken en zo tot een genuanceerde diagnose te komen, *zonder dat er wordt ingedeeld in losstaande categorieën*. Doordat alle belangrijke onderdelen van gehechtheid worden onderzocht, is het mogelijk uiteindelijk voor een kind specifieke uitspraken te doen over (de problemen in) het gehechtheidsgedrag en kunnen individuele interventiedoelen opgesteld worden. Het onderstaande schema van Boris en Zeanah (2005) (bewerking van Zeanah, Mammen en Lieberman, 1993) is erg bruikbaar in de praktijk en kan in ieder geval als checklist en signaleringsinstrument worden gebruikt voor een eerste beeldvorming, waarna verder onderzoek en doorverwijzing beter en gemotiveerd mogelijk wordt.

*Overzicht 6: Gedragssignalen van verstoord gehechtheidsgedrag bij jonge kinderen (Boris & Zeanah 2005)*

**Affectie**

*Normaal:* Toont affectie tijdens verschillende interacties in verschillende situaties.

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

**Zoeken van troost**

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

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

**Vertrouwen in de ander; zoekt hulp**

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

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

**Samenwerking**

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

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

**Explorerend gedrag**

*Normaal:* Gebruikt hechtingsfiguur als veilige basis van waaruit een nieuwe omgeving wordt geëxploreerd.

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

**Controlerend gedrag**

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

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

**Reactie bij hereniging/terugkeer**

*Normaal:* *Zoekt troost bij de hechtingsfiguur bij angst of wanneer het kind niet angstig is, maakt hij 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 het kind actieve negerende/vermijdende gedragingen, intense boosheid of duidelijk gebrek aan affectie, of de stress die teweeggebracht werd door de scheiding verdwijnt niet, of elke aanwijzing van gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag.*

**Reactie tegenover vreemden**

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

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

Voor gebruik van deze lijst in de hulpverlening is in bijlage 1 deze lijst nogmaals gegeven en is een instructie toegevoegd, gebaseerd op Boris en Zeanah (2005).

## **2.4 Methoden in de praktijk die niet voldoende toegesneden zijn op de diagnostiek van gehechtheid**

Buiten het schema van Boris en Zeanah is er een evidente leemte in het aanbod aan methoden van diagnostiek van onveilige gehechtheidsrelaties en hechtings-

stoornissen, oftewel problematisch gehechtheidsgedrag, die direct bruikbaar zijn in de praktijk van de dagelijkse hulpverlening. Daarom zoekt de praktijk zelf naar oplossingen en wordt er veelvuldig gebruik gemaakt van zelf ontwikkelde *observatiemethoden*, al dan niet met behulp van video, in het dagelijks leven van het kind (thuis, op de groep, tijdens de dag- en vrijetijdsbesteding). Deze geven echter een veelal subjectief beeld van hoe het kind reageert op stress.

Er worden ook wat meer gestandaardiseerde methoden gebruikt zoals de SOAK-methode (een spelobservatie rond autistische kinderen). Zie voor een globaal overzicht: Epskamp, 2005. Daarnaast worden er *interviews* afgenomen. Deze zijn vaak in de vorm van een gesprek met ouders of verzorgers. Er wordt gevraagd naar de vroege ontwikkeling van de hechting, soms aan de hand van ideeën over hoe de normale ontwikkeling van hechting verloopt. Thema's die in de interviews aan de orde komen zijn onder andere contactname, getroost willen worden, kwaliteit van het spel, angstbeleving en omgang met leeftijdsgenoten. Net als bij de zelf ontwikkelde observatiemethoden wordt er weinig gestandaardiseerd interviewmateriaal gebruikt. Daarnaast maakt men gebruik van meer gestandaardiseerde *vragenlijsten en tests* als het gaat om onderzoek van de sociale cognities en vaardigheden van de cliënt; zoals de SEO (Sociaal Emotionele Ontwikkelingslijst), ESSEON (experimentele schaal voor de beoordeling van het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau), SIT (Sociale Interpretatie Test), het domein socialisatie van de VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales), de TVZ (Temperamentsschaal voor mensen met een verstandelijke handicap), NPV-j (Junior Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst), UCL (Utrechtse Coping Lijst), VISK (vragenlijst inventarisatie van sociaal gedrag bij kinderen), biografische vragenlijsten en de DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders). In het onderzoek naar de sociale cognitie van een cliënt maakt men gebruik van de TOM-test (Theory of Mind test), een test die gebruikt wordt in onderzoek naar autisme, maar ook iets over de hechting van een kind zou zeggen. Er worden projectieve tests als ZAT (Zinnen Aanvul Test) en CAT (Children's Apperception Test) gebruikt teneinde de kinderen antwoorden te ontlokken die mogelijk informatie zouden geven over gevoelens van (on)veiligheid.

We moeten helaas concluderen dat de meest valide en betrouwbare methoden niet geschikt zijn voor de dagelijkse praktijk. De methoden die men in de praktijk gebruikt zijn niet toegesneden op de diagnostiek van gehechtheid en behoeven een (veelal subjectieve) vertaling en interpretatie door de diagnosticus zelf. Op dit moment staan hulpverleners als het om diagnostiek gaat nog met nagenoeg lege handen en zijn veel cliënten overgeleverd aan de subjectieve voorkeuren en ideeën van de toevallige hulpverlener. Een situatie die moet worden opgelost met gedegen wetenschappelijk onderzoek.

### 3 Aanbevelingen

Op dit moment zijn geen harde cijfers beschikbaar over de omvang van de groep mensen met een verstandelijke beperking met hechtingsproblemen. Janssen e.a. (2002) hebben echter inzichtelijk gemaakt hoe groot de risico's op hechtingsproblemen in deze groep zijn. Ook geven zij aan dat deze hechtingsproblemen mogelijk een aanzienlijk deel van de hoge prevalentie van gedragsproblemen in deze groep kunnen verklaren. Het gaat hierbij tussen de 30 en 60% van alle verstandelijk gehandicapten en een hogere prevalentie bij personen van een lager niveau. Zo ontdekte Bartiméus, een instelling voor onderwijs, zorg- en dienstverlening aan mensen die verstandelijk gehandicapt en slechtziend of blind zijn, aan de hand van eigen onderzoek dat er bij 60% van deze kinderen het onbehandelbare probleemgedrag mogelijk te verklaren is vanuit gehechtheidsproblematiek (Bartiméus Magazine, 2004, nr. 2). Onderzoek toont overduidelijk aan dat verstandelijk gehandicapten vaker gedesorganiseerd gehecht blijken (Vaughn et al. 1994; Ganiban et al. 2000) en dat zij significant minder veilig en vaker gedesorganiseerd gehecht gedrag vertonen (Van IJzendoorn et al. 1999), maar omdat in deze onderzoeken kleine onderzoeksgroepen zijn gebruikt, is extrapolatie naar de hele populatie niet goed mogelijk. Tenslotte zijn er signalen dat er zich binnen de populatie 'adoptiekinderen' een groep kinderen met verstandelijke beperkingen bevindt, die in omvang toeneemt. Hierbij is sprake van een vergroot risico op hechtingsproblematiek.

Gezien de gevolgen van hechtingsproblematiek en de in het vorige hoofdstuk gesignaleerde lacunes in kennis en methoden behoeft diagnostiek van hechtingproblemen nogal wat specifieke aandacht van onderzoekers en hulpverleners. Vandaar de volgende aanbevelingen, die gedaan worden mede op grond van het belangrijke en geciteerde werk van Boris en Zeanah (2005):

#### A *Hulpverlening en hulpverleningsbeleid*

Wanneer men wil vaststellen of er sprake is van verstoord gehechtheidsgedrag is ten minste vereist dat:

- de ontwikkelingsgeschiedenis van de gehechtheidsrelaties van het kind met zijn primaire opvoeders wordt gereconstrueerd;

- de geschiedenis van het kind in de verschillende opvoedingssettings wordt nagegaan (ook vanwege de relatie tussen hechtingsstoornis en kindermishandeling) eventueel via andere hulpverleners: is verstoord gedrag afhankelijk van de context?
- het kind wordt geobserveerd in een aantal stressvolle situaties met zijn primaire opvoeders;
- de omgang van het kind met vreemden wordt geobserveerd (onder andere met de vraag of het onderscheid maakt tussen vreemden en de vertrouwde opvoeders);
- de observatiesituaties zoveel mogelijk gestructureerd moeten zijn ten einde een vergelijking mogelijk te maken tussen de interacties met verschillende anderen;
- vastgesteld wordt of het verstoorde gedrag kindgebonden (in interacties met alle opvoeders) of relatiegebonden (specifiek bij een bepaalde opvoeder) is;
- bij verdenking of vaststellen van misbruik/mishandeling, dit wordt gerapporteerd;
- bij de diagnostiek van misbruikte/mishandelde kinderen ook andere problemen, zoals ontwikkelingsproblemen, taalachterstand en medische problematiek worden gediagnosticeerd.

*B Behandeling van hechtingsstoornissen*

Indien in onderzoek of bij verwijzing een hechtingsstoornis is vastgesteld en behandeling geïndiceerd is, dan:

- zal er veel geïnvesteerd moeten worden in het zoeken naar een continue en beschikbare hechtingsfiguur voor het kind;
- zal de behandeling zich moeten richten op het bewerkstelligen van positieve interacties tussen opvoeders en kind, met name omdat deze kinderen ernstig verstoorde interne werkmodellen van relaties met anderen zullen hebben;
- zal er, hoewel het kindgebonden symptomen betreft, ook in de behandeling rekening moeten worden gehouden met de attitude, percepties en het gedrag van de opvoeder met betrekking tot het kind en de eigen gehechtheidsgeschiedenis van de opvoeders. Interacties kunnen hierdoor negatief worden ingekleurd;
- zullen kinderen met een hechtingsstoornis, die agressief en/of oppositieel gedrag vertonen ook specifiek dáárvoor behandeling moeten krijgen.

Behandelingen die (fysieke) dwang (vormen van holding-therapie) en herbeleving van trauma's (rebirthing therapie) voorschrijven of die uitgaan van een regressie zodat een cliënt zich opnieuw kan hechten (regression for reattach-

ment), hebben geen empirische basis, zijn risicovol en kunnen de kwaliteit van het bestaan soms zeer ernstig aantasten. Veelal worden deze vormen van therapie door het kind ervaren als vernederend en beangstigend.

Indien er sprake is van probleemgedrag zal altijd nagegaan moeten worden in hoeverre dit mede veroorzaakt kan worden door een verleden van gehechtheidsproblematiek of het ontbreken van een gehechtheidsfiguur. Indien dat het geval blijkt, zal veel aandacht besteed moeten worden aan het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie met een beschikbare potentiële gehechtheidsfiguur, in sommige gevallen van resistent ernstig probleemgedrag mogelijk door het aanbieden van een structurele gehechtheidstherapie.

### C Onderzoek en onderzoeksbeleid

Tenslotte is noodzakelijk dat op het gebied van gehechtheid onderzoek verricht wordt. Omdat het hier om vrij fundamenteel onderzoek gaat, zouden universiteiten daarin het voortouw moeten nemen, maar gegeven de huidige veelal al vastomlijnde onderzoeksprogramma's is een vorm van stimulering vanuit het werkveld gewenst. Hierbij valt te denken aan:

- het aanbevelen van onderzoek naar hechtingsproblematiek door belangrijke stakeholders (koepelorganisaties als VGN, GGZ Nederland en CCE Nederland);
- het beschikbaar stellen van extra financiële middelen;
- het, in het kader van academisering, gedeeltelijk vrijstellen van gedragswetenschappers in zorginstellingen voor promotieonderzoek op het terrein van hechtingsproblematiek.

Onderwerpen waarover onderzoek gewenst is zijn onder meer:

- (ontwikkeling van) voor de praktijk bruikbare methoden van diagnostiek van hechtingsproblemen;
- prevalentie van hechtingsproblemen;
- de relatie tussen hechtingsproblematiek en gedragsproblemen;
- ontwikkeling van evidence-based methoden voor hechtingstherapie<sup>4</sup> waarbij het effect op gedragsproblemen wordt onderzocht.

Veldinstellingen roepen we op hun medewerking te verlenen aan de uitvoering van dergelijk onderzoek. Tot die tijd moet onderzoek mogelijk gemaakt worden naar 'best practices', die als concrete voorbeelden gezien kunnen worden van de items uit de checklist van Boris en Zeanah (2005).

<sup>4</sup> Hiertoe is door drs. P.S. Sterkenburg aan de Vrije Universiteit al een eerste aanzet gegeven.

Kortom, gehechtheid, een relatief blinde vlek in dit werkveld, moet prominent op de agenda komen van onderzoekers, hulpverleners en beleidsmakers ten einde de gedragsproblemen te doen afnemen en daarmee de kwaliteit van het bestaan van zeer veel mensen met een verstandelijke beperking te verbeteren.

## 4 Vragen vanuit de praktijk

In de praktijk van de hulpverlening aan kinderen met een verstandelijke beperking of ontwikkelingsachterstand bestaan veel vragen over hechtingsproblematiek. Onderstaande vragen vormen hieruit een selectie. Afhankelijk van het theoretisch perspectief dat wordt ingenomen, zijn op de vragen verschillende antwoorden te formuleren. In deze publicatie zijn de vragen beantwoord conform huidige hechtingstheoretische gezichtspunten.

*Vraag 1: Veel jonge kinderen waarbij een vermoeden bestaat dat zij hechtingsproblematiek hebben, zijn erg vluchtig in hun aandacht en concentratie. Hoe is dat te verklaren?*

Het antwoord op deze vraag hangt af of deze kinderen dit gedrag in iedere situatie laten zien of alleen in het bijzijn van één bepaalde ouder/verzorger. In het eerste geval is de relatie tussen de hechtingsproblematiek en de aandachtsproblemen indirect. Omdat het hier om jonge kinderen gaat kan hier sprake zijn van de eerste symptomen van een aandachtstekortstoornis (ADHD). Kinderen die op latere leeftijd ADHD ontwikkelen zijn vaak in de eerste levensjaren moeilijk in hun gedrag. Als ouders onvoldoende sensitief op dit gedrag reageren zou een onveilige gehechtheidsrelatie kunnen ontstaan. In het laatste geval kan de verklaring direct in de relatie tussen het kind en de ouder/verzorger worden gezocht. Uit onderzoek is gebleken dat onveilig-vermijndend gehechte kinderen in het spelen met speelgoed oppervlakkig en ongeconcentreerd exploratiegedrag laten zien, alsof zij niet in staat zijn de aandacht vast te houden. Deze kinderen zouden insensitieve ouders/verzorgers hebben die weinig met het kind spelen waardoor de kwaliteit van de exploratie ook laag blijft. Een andere verklaring is dat ernstige verwaarlozing op jonge leeftijd kan leiden tot een beschadiging in die delen van de hersenen die er voor zorgen dat het kind zich kan concentreren en de aandacht vasthouden. Deze kinderen laten op latere leeftijd ADHD-achtig gedrag zien. Door de verwaarlozing hebben deze kinderen vaak pas laat de eerste gehechtheidsrelatie kunnen ontwikkelen en dit leidt meestal tot hechtingsproblemen.

*Vraag 2: Als er over hechtingsproblemen wordt gepraat, lijken daar bijna altijd de begrippen ADHD, autisme en PDD-NOS bij genoemd te worden. Wat is de relatie tussen deze drie begrippen en wat onderscheidt ze van elkaar?*

ADHD (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) is een stoornis waarbij het kind moeite heeft de aandacht bij taken of spel te houden, het vaak geen aanwijzingen opvolgt, gevaarlijke situaties opzoekt en vaak niet lijkt te luisteren. Deze kinderen worden snel afgeleid door uitwendige prikkels, bewegen zich onrustig en hebben moeite de beurt af te wachten. De ongehoorzaamheid, ongedurigheid en het opzoeken van gevaarlijke situaties doen sterk denken aan het type hechtingstoornis dat door Zeanah is beschreven, namelijk de verstoorde gehechtheidsrelatie met het zichzelf in gevaar brengen. Een belangrijk verschil tussen een kind met ADHD en een kind met genoemde hechtingsstoornis is dat de eerste het hyperactieve, impulsieve gedrag in vrijwel elke situatie zal laten zien, terwijl het kind met de verstoorde gehechtheidsrelatie dit alleen in het bijzijn van de ouder laat zien waarmee de gehechtheidsrelatie verstoord is. Autismen en PDD-NOS zijn stoornissen die behoren tot de categorie pervasieve ontwikkelingsstoornissen. PDD-NOS betekent letterlijk Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified. Deze diagnose krijgen kinderen als zij niet aan alle criteria van een echte autistische stoornis voldoen. Een belangrijk kenmerk van deze categorie stoornissen is dat deze kinderen beperkingen vertonen in met name het sociale gedrag en de communicatie. Vanwege deze beperkingen heeft men lange tijd aangenomen dat deze kinderen niet in staat zouden zijn zich te hechten aan volwassenen. Uit onderzoek is gebleken (zie ook hoofdstuk 1) dat deze kinderen ondanks hun beperkingen gehechtheidsrelaties met hun ouders/verzorgers kunnen ontwikkelen. Ongeveer de helft van deze kinderen ontwikkelt ook een veilige gehechtheidsrelatie. Hoewel dit percentage wel lager ligt dan die bij normaal begaafde kinderen (rond de 70%), worden hechtingsproblemen niet gezien als een algemeen kenmerk van deze groep.

*Vraag 3: Deze kinderen lijken vaak heel faalangstig en hebben een negatief zelfbeeld. Naast de bevestiging die ze steeds zoeken ('Doe ik het wel goed?'), lijken ze tegelijkertijd naar afwijzing te zoeken. Hoe kan dat?*

Voor de ontwikkeling van het zelfvertrouwen is het belangrijk dat kinderen al op jonge leeftijd regelmatig ervaren dat er op hun gedrag wordt gereageerd. Deze koppelingen tussen het eigen gedrag en de reactie die het gedrag teweegbrengt geven het kind een gevoel van controle over de omgeving. Als een baby lacht en het merkt dat het lachen wordt beantwoord door iemand die teruglacht, dan zal de baby het lachen als een instrument kunnen gebruiken. Telkens als het lacht, lacht iemand terug. Deze positieve ervaringen motiveren

de baby om op zoek te gaan naar nieuwe reacties op het gedrag. Als er nooit of slechts zelden op het gedrag wordt gereageerd, zal de baby een gebrek aan controle ervaren en langzamerhand z'n interesse in de omgeving gaan verliezen. Deze kinderen ontwikkelen het gevoel dat zij geen invloed op de omgeving kunnen uitoefenen en bouwen geen zelfvertrouwen op. In extreme situaties waarin de kinderen ernstig verwaarloosd zijn, vertonen zij vaak een pathologische vorm van apathisch gedrag: totale ontreddeering en een gebrek aan interesse in de omgeving. Hoewel we het niet precies weten is het denkbaar dat kinderen met een autistische stoornis of verstandelijke beperking de reacties van ouders/verzorgers niet altijd begrijpen of niet kunnen koppelen aan het eigen gedrag, bijvoorbeeld doordat zij problemen hebben in de waarneming van het verband tussen het eigen gedrag en de emotionele expressies van anderen. Zij kunnen daardoor een verminderd gevoel van controle ervaren.

*Vraag 4: In veel dingen zijn deze kinderen erg ongeremd. Het lijkt daarbij of ze continu de gestelde grenzen willen aftasten en overschrijden. De ervaring is dat het het beste is als volwassenen die grenzen toch blijven stellen en de regie in handen houden. Dat geeft deze kinderen veiligheid. Maar hoe gaat het als ze groter worden? Kunnen ze het zich eigen gaan maken op den duur of moeten anderen tot in de volwassenheid die grenzen blijven stellen?*

Kinderen leren in sociale relaties de regels van de opvoeding. In een veilige gehechtheidsrelatie zullen kinderen gemakkelijker bereid zijn de regels van de ouders/verzorgers op te volgen dan in een onveilige gehechtheidsrelatie. Jonge kinderen vinden het vaak moeilijk zich aan de regels te houden. Vooral wanneer de ouder/verzorger afwezig is en de verleiding heel groot is. Als kinderen ouder worden zijn de regels meer en meer geïnternaliseerd. De aanwezigheid van de ouder/verzorger is niet langer noodzakelijk om zich aan de regels te houden. De ouder/verzorger is zelfs in staat 'over afstand' (bijvoorbeeld via de telefoon) het gedrag van het kind te reguleren. Kinderen krijgen naarmate ze ouder worden steeds meer controle over hun eigen gedrag en zijn steeds beter in staat impulsen te onderdrukken. Het moment waarop een kind het eigen gedrag gaat beheersen verschilt sterk van kind tot kind. Bij sommige kinderen duurt het tot in de volwassenheid, andere kinderen lukt dat al aan het begin van de puberteit. Bij kinderen met een verstandelijke beperking zal door hun gebrekkige cognitieve vaardigheden het proces van internaliseren van gedragsregels langer duren en moeizamer verlopen.

*Vraag 5: Kinderen met hechtingsproblematiek laten vaak verschillende gezichten zien: lief en aanhankelijk en agressief, explosief en afwijzend. Binnen relaties (thuis tussen de ouders en binnen het team) zorgt dit voor veel meningsverschillen. Het kan zelfs een heel splittende werking hebben, vooral als het kind bij verschillende mensen tegengestelde dingen zegt en tegengesteld gedrag laat zien. Hoe moet dit gedrag worden bekeken wanneer de diagnose hechtingsproblematiek gesteld is?*

Binnen een gezin kunnen kinderen verschillend reageren op beide ouders. Dit hangt gedeeltelijk af van het temperament van het kind en de persoonlijkheid van de ouder. Het hangt ook af van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie die het kind met iedere ouder/verzorger heeft ontwikkeld. Een kind dat een veilige gehechtheidsrelatie met de ene ouder heeft opgebouwd maar een onveilige gehechtheidsrelatie met de andere ouder, zal zich ten opzichte van beide ouders verschillend gedragen. De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is tot en met de basisschoolleeftijd een relatiekenmerk, maar ontwikkelt zich daarna tot een persoonskenmerk. De ervaringen met beide ouders worden opgeslagen in het intern werkmodel. De wijze waarop het kind tegen zijn gehechtheidsverleden aankijkt, is dus het resultaat van een soort optelsom van alle ervaringen met beide ouders. In de puberteit neemt het kind het eigen gehechtheidsverleden mee in de sociale contacten met personen buiten het gezin. Zij kunnen zich thuis dan volledig anders gedragen dan daar buiten. Het is niet bekend hoe de opbouw van het intern werkmodel bij kinderen met een verstandelijke beperking verloopt. De opbouw van een intern werkmodel zal veel meer eisen van kinderen met een ontwikkelingsachterstand dan van normaal begaafde kinderen. Het is de vraag of zij ooit een gegeneraliseerd en samenhangend werkmodel kunnen opbouwen.

*Vraag 6: Als je denkt een goede relatie te hebben met iemand met hechtingsproblematiek kan die veronderstelling van de één op de andere dag teniet worden gedaan: al veel mensen hebben de ervaring dat ze van een voetstuk zijn gevallen en de opgebouwde relatie lijkt weg te zijn. Hoe is dit vanuit de theorie te verklaren en te begrijpen en hoe kunnen ouders/verzorgers zichzelf hiertegen beschermen?*

Kinderen met hechtingsproblemen hebben geleerd dat volwassenen niet beschikbaar zijn of hierin op z'n minst onbetrouwbaar zijn. Ervaringen die kinderen hebben opgedaan in het sociale contact met volwassenen zijn opgeslagen in het intern werkmodel. In het begin van de ontwikkeling is het intern werkmodel flexibel en veranderbaar, maar naarmate kinderen ouder worden is het intern werkmodel steeds moeilijker te beïnvloeden. Kinderen die in een instelling opgroeien ervaren regelmatig wisselingen van het personeel. Door frequente wisselingen is de kans groot dat de regels veranderen of dat zij op z'n minst onduidelijk worden, waardoor bij de kinderen een steeds terugke-

rend gevoel van onveiligheid kan ontstaan. Adoptieouders die een kind adopteren met ernstige hechtingsproblemen, zullen veel geduld moeten hebben en heel betrouwbaar moeten zijn in het contact en voorspelbaar in het gedrag. Kleine afwijkingen van de regels worden door deze kinderen gezien als een bevestiging dat volwassenen niet te vertrouwen zijn. Daarnaast hebben kinderen met een verstandelijke beperking minder kans om te leren reflecteren op hun eigen gevoelens en gedachtewereld. Daardoor ontstaat een gebrek aan mentaal inzicht dat zich kan uiten als afwezigheid van een identiteit. Het vermoeden is dat de subjectieve ervaring van deze kinderen zich beperkt tot het hier en nu, ook al zijn hun gedrag en relaties mede bepaald door ervaringen in het verleden. Dit maakt deze kinderen moeilijk aanspreekbaar.

*Vraag 7: Deze kinderen lijken de hele dag druk bezig te zijn met hun omgeving naar hun hand te zetten. Als het aan hen ligt bepalen ze steeds wat er gebeurt en hoe lang iets duurt. Ze zijn daarin zeer dwingend. Het lijkt of ze alleen maar kunnen denken vanuit zichzelf: wat de andere kinderen of ouders/verzorgers willen lijkt van geen belang. Wat is de verklaring hiervoor?*

Op de eerste plaats zou er sprake kunnen zijn van een opvoedingsprobleem. Kinderen die gewend zijn altijd hun zin te krijgen en weinig structuur aangeboden krijgen, zullen eerder proberen hun omgeving naar hun hand te zetten. Bovendien leren zij niet om rekening te houden met anderen. Een hechtings-theoretische verklaring benadrukt dat kinderen in de relatie met hun ouders/verzorgers verschillende hechtingspatronen kunnen ontwikkelen. Kinderen met een veilige gehechtheidspatroon of -relatie gebruiken de ouder/verzorger als een veilige basis. Zij vertrouwen er op dat de ouder/verzorger beschikbaar is en zullen daarom minder geneigd zijn de omgeving naar hun hand te zetten. Kinderen die een vermijdend gehechtheidspatroon ontwikkeld hebben, lijken niemand nodig te hebben om een gevoel van veiligheid te ervaren. Ze hebben geleerd alleen op zichzelf te vertrouwen. Kinderen die een afwerend/weerstandbiedende gehechtheidsrelatie hebben, zoeken in hun onzekerheid continue de nabijheid van de ouder/verzorger om te testen of hij beschikbaar is: zij kunnen daarin zeer dwingend zijn. Hechtingspatronen kunnen opgevat worden als zelfbeschermende strategieën, strategieën die er op gericht zijn een gevoel van veiligheid te maximaliseren. 'Je omgeving proberen naar je hand te zetten' kan voor een kind een effectieve strategie zijn om het gevoel van veiligheid te vergroten. Om rekening te kunnen houden met een ander, moet je in staat zijn je in de ander te verplaatsen. Jonge kinderen hebben hier meer moeite mee dan oudere kinderen. Egocentrisch denken is dus een normaal kenmerk van jonge kinderen. Als kinderen ouder worden zijn ze steeds beter in staat zich in anderen te verplaatsen. Er bestaat een duidelijke

relatie tussen kwaliteit van de gehechtheidsrelatie en empathie. Een recent onderzoek (zie Kay-Hall & Geher, 2003) heeft aangetoond dat kinderen met een hechtingsstoornis minder empathie voelen voor anderen dan kinderen zonder hechtingsstoornis. Het is nog niet duidelijk of het voor deze kinderen moeilijk is zich een voorstelling te maken over hoe iemand denkt en voelt of dat zij zich hiervan wel een voorstelling kunnen maken, maar dit geen consequentie heeft voor hun handelen.

*Vraag 8: De cognitieve leeftijd ligt lager dan de kalenderleeftijd, iets dat te verklaren is vanuit de verstandelijke beperking. Daarnaast zie je dat de emotionele leeftijd daar weer ver onder ligt. Is dat te verklaren vanuit de hechtingstheorie?*

De hechtingstheorie geeft geen directe verklaring voor het verschil tussen cognitieve leeftijd en emotionele leeftijd. De hechtingstheorie vertelt wel iets over de wijze waarop kinderen leren de eigen emoties te reguleren. Volgens de hechtingstheorie leren kinderen in een veilige gehechtheidsrelatie hun emoties steeds beter te reguleren. Als het kind angstig is of verdrietig, zoekt het de nabijheid op van de sensitieve ouder/verzorger. Nabijheid zoeken is een effectieve manier om stress, veroorzaakt door angst of verdriet, te reguleren. Naarmate kinderen ouder worden hebben zij niet altijd fysiek contact met de ouder/verzorger nodig om stress te verminderen. Een geruststellend woord of even blikcontact is vaak voldoende om het kind gerust te stellen. Bovendien leren kinderen steeds beter om bijvoorbeeld hun driftbuien onder controle te brengen en hun woede op een meer geaccepteerde manier te uiten. Ook leren zij steeds beter de eigen emoties te begrijpen, omdat een sensitieve ouder/verzorger reflecteert op de emoties van het kind. Situaties kunnen bepaalde emoties oproepen en het kind leert door de feedback van de sensitieve ouder/verzorger situaties herkennen en waarderen. Het leren begrijpen van de eigen emoties is een complex leerproces. Behalve van de sensitiviteit van de ouder/verzorger hangt het vermogen emoties te reguleren sterk af van de cognitieve vaardigheden van het kind. Met andere woorden, het kind moet eerst over de juiste cognitieve vaardigheden beschikken voordat het in staat is de emoties effectief te reguleren.

*Vraag 9: Op momenten dat er spannende dingen gebeuren is de kans op regressie (terugvallen in oude patronen) groot. Hoe komt dat en kunnen ouders/verzorgers dat voorkomen?*

In de hechtingstheorie komen we het begrip regressie niet tegen. Voor een verklaring van de effecten van spannende gebeurtenissen op het gedrag, zouden we te raden moeten gaan bij meer biologisch georiënteerde theorieën. Stress geeft een akelig gevoel en ieder mens probeert een te veel aan stress te voorko-

men. Acute, intense vormen van stress of langdurige stress zorgen er voor dat het biologische systeem dat de stress reguleert verstoord raakt. Verstoring van dit biologische systeem vertaalt zich ook in gedrag: steeds terugkerende angst-aanvallen, slecht slapen, nachtmerries hebben, et cetera. Deze gedragingen kunnen kinderen misschien in jaren niet vertoond hebben en daardoor kan de indruk van een regressie gewekt worden. De hechtingstheorie veronderstelt dat kinderen al vroeg in staat zijn strategieën te gebruiken om stress te reduceren, maar dat de effectiviteit afhangt van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie. In een veilige gehechtheidsrelatie zijn kinderen in staat de ouder/verzorger te gebruiken om stress te reduceren. In een onveilige gehechtheidsrelatie zijn de strategieën over het algemeen minder effectief.

*Vraag 10: Wat is het verschil tussen een ontwikkelingsachterstand en een verstandelijke beperking en wat is de consequentie daarvan voor de hechtingsmogelijkheden als het om pleeg- en adoptiekinderen gaat?*

Van een ontwikkelingsachterstand spreken we wanneer een kind duidelijk later dan zijn leeftijdsgenootjes bepaalde mijlpalen bereikt, zoals kruipen, losstaan en loslopen, de eerste woordjes spreken et cetera. Met een ontwikkelings-test kunnen we vaststellen of het kind een achterstand in de ontwikkeling heeft of niet. Als dit soort testen voor het tweede levensjaar worden afgenomen zeggen zij over het algemeen weinig over de latere intelligentie van het kind. Of het kind ook een verstandelijke beperking zal ontwikkelen weten we vaak pas op het moment dat het kind naar de basisschool gaat. Het kind blijkt dan moeite te hebben met het aanleren van de schoolse vaardigheden. Een verstandelijke beperking kan alleen met behulp van een intelligentietest vastgesteld worden<sup>5</sup>. Het zal duidelijk zijn dat een ernstige verstandelijke beperking al vrij vroeg in de ontwikkeling zichtbaar is (voor het tweede levensjaar), maar dat een licht verstandelijke beperking pas wordt opgemerkt tegen de tijd dat het kind op de basisschool zit. Voor het ontwikkelen van een gehechtheidsrelatie moet het kind op een cognitief niveau zitten van tenminste 9-12 maanden.

*Vraag 11: Hoe betrouwbaar zijn de verschillende lijsten die hulpverleningsorganisaties gebruiken om de diagnose hechtingsproblematiek te stellen en hoe zwaar is het oordeel dat daaraan hangt?*

De betrouwbaarheid en validiteit van de meeste lijsten zijn nog niet onderzocht, dus in veel gevallen kan men discussiëren over de juistheid van de diagnose.

<sup>5</sup> De diagnose verstandelijke beperking wordt niet alleen gesteld op basis van het intelligentie criterium, maar er moet ook sprake zijn van problemen in de sociale zelfredzaamheid.



# Lijst van overzichten en figuren

Overzicht 1: Typen gehechtheidsrelaties	17
Figuur 1: Typen hechtingsstoornissen (naar Zeanah & Boris, 2000)	20
Figuur 2: Voorbeelden van symptomen van gedesorganiseerde gehechtheidsgedragingen en neurologische stoornissen (naar Pipp-Siegel, Siegel & Dean, 1999)	25
Overzicht 2: Methoden voor onderzoek naar gehechtheidsgedrag	27
Overzicht 3: Methoden voor classificatie van de gehechtheidsrelatie bij oudere kinderen	28
Overzicht 4: Methoden van diagnostiek	29
Overzicht 5: Classificatiecriteria voor een reactieve hechtingsstoornis volgens de DSM-IV	31
Overzicht 6: Gedragssignalen van verstoord gehechtheidsgedrag bij jonge kinderen (Boris & Zeanah 2005)	34



# Literatuur

## Gebruikte literatuur

Ainsworth, M.D.S., M.C. Blehar, E. Waters & S. Wall (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ainsworth, M.D.S. & B.A. Wittig (1969). Attachment and exploratory behavior of one year olds in a strange situation. In: Foss, B.M. (Ed.). *Determinants of infant behavior* (pp. 113-136). London: Methuen.

American Psychiatric Association (APA, 1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV)*, Washington D.C.

Bartimeus magazine 2 (2004). Stressregulering door gehechtheidsrelaties. Wetenschappelijk onderzoek naar de psychotherapeutische behandeling van jongeren met een visuele en verstandelijke beperking. [http://www.bartimeus.nl/flexpage/flexpage\\_new.asp?id=60094#boven](http://www.bartimeus.nl/flexpage/flexpage_new.asp?id=60094#boven)

Bokhorst, C.L., M.J. Bakermans-Kranenburg, P. Fearon, M.H. van IJzendoorn, P. Fonagy & C. Schuengel (2003). The importance of shared environment in mother-infant attachment security: a behavioral genetic study. *Child Development*, 74, 1769-1782.

Bowlby, J. (1959). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysts*, XLI, 1-25.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Boris N.W. & C.H. Zeanah (2005). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, [www.aacap.org](http://www.aacap.org)

Bretherton, I., D. Ridgeway & J. Cassidy (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In: Greenbergh, M.T., D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.

Cassidy, J., & R.S. Marvin with the MacArthur Working Group (1992). *Attachment organization in preschool children: Procedures and coding manual* (4th ed.). Unpublished manuscript, University of Virginia.

Crittenden, P.M. (1988-1994). *Preschool Assessment of Attachment Manual*. Unpublished manuscript available from the author.

Crittenden, P.M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, 209-241.

---

52

Epskamp, S. (2005). *Het vaststellen van problematisch gehechtheidsgedrag bij personen met een verstandelijke beperking*. Vrije Universiteit, Amsterdam (scriptie Orthopedagogiek).

Fraley, R.C., & S.J. Spieker (2003). Are infant attachment patterns continuous or categorically distributed? A taxometric analysis of Strange Situation behavior. *Developmental Psychology*, 39, 387-404.

Ganiban, J., D. Barnett & D. Cicchetti (2000). Negative reactivity and attachment: Down syndrome's contribution to the attachment-temperament debate. *Development and Psychopathology*, 12, 1-21.

Green, J., R. Goldwyn & C. Stanley (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment and Human Development*, 2, 4870.

- 
- Janssen, C.G.C., C. Schuengel & J. Stolk (2002). Gedragsproblemen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking, gehechtheidsproblemen en psychologische stress. Een verklaringsmodel met implicaties voor onderzoek en praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 28, 3-20.
- IJzendoorn, M.H. van, C. Schuengel & M.J. Bakermans-Kranenburg (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249
- Juffer, F., M.J. Bakermans-Kranenburg & M.H. van IJzendoorn (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263-274.
- Kay-Hall, S-E, & G. Geher (2003). Behavioral and personality characteristics of children with reactive attachment disorder. *Journal of Psychology: Interdisciplinary-and-Applied*, 137, 145-162.
- Main, M. & E. Hesse (1999). Parents' unresolved traumatic experience are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg, M.T., D. Cicchetti & E.M. Cummings, (Eds.). *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention*. (pp. 161-182). Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Pipp-Siegel, S., C.H. Siegel & J. Dean (1999). Neurological aspects of the disorganized/disoriented attachment classification system: Differentiating quality of the attachment relationship from neurological impairment. In: Vondra, J. & D. Barnett (Eds.). *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research and current directions. Monographs of the Society of Research in Child Development*, 64, 25-44.
- Rutgers, A.H., M.J. Bakermans-Kranenburg, M.H. van IJzendoorn & I.A. van Berckelaer-Onnes, I.A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1123-1134.
- Solomon, J. & C. George (Eds.) (1999). *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press.

- Stuivenberg, S.W. (2003). *Kinderen met een verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis*. Scriptie Rijksuniversiteit Groningen.
- Vaughn, B.E., S. Goldberg, L. Atkinson & S. Marcovitch (1994). Quality of toddler-mother attachment in children with Down syndrome: limits to interpretation of strange situation behavior. *Child Development*, 65, 95-108.
- Waters, E. & K.E. Deane (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In: I. Bretherton & E. Waters (Eds.). *Growing points in attachment theory and research* (pp. 41-65). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209).
- Wijnroks, L. (2004). Hechting bij kinderen met een autistische stoornis en een verstandelijke handicap. *Kind en Adolescent Praktijk*: 3, 4-12.
- Wijnroks, L., P. van Vliet, E. van Laar & M. de Vries (2000). *Waargenomen onveiligheid en sociale inhibitie*. Intern publicatie. Universiteit Utrecht.
- Wijnroks, L., P. van Vliet, E. van Laar & M. de Vries (2000). *Sociale en emotionele gedragskenmerken*. Intern publicatie. Universiteit Utrecht.
- Wijnroks, L., P. van Vliet, E. van Laar & M. de Vries (2000). *Waargenomen gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag*. Intern publicatie. Universiteit Utrecht.
- Zeanah, C.H. & N.W. Boris (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In: Zeanah, C.H. (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford.
- Zeanah C.H., O.K., Mammen & A.F. Lieberman (1993). Disorders of attachment. In: Zeanah C.H. (Ed.). *Handbook of infant mental health* (pp. 332-349). New York: The Guilford Press.

---

## Verder lezen

### *Therapeutisch*

Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen, Uitgeverij van Gorcum.

Psychische stoornissen en gedragsproblemen komen bij mensen met een verstandelijke handicap veel vaker voor dan bij mensen zonder handicap, en vormen een ernstige bedreiging voor de kwaliteit van hun bestaan. De professionele kennis hieromtrent is in de laatste tien jaar aanzienlijk gegroeid, met als gevolg een toename van het aantal publicaties rondom dit thema. De auteur tracht de verschillende theoretische en wetenschappelijke inzichten te vertalen naar praktisch handelen in de hulpverlening. De publicatie is gebaseerd op uitvoerig literatuuronderzoek en ruime klinisch-psychiatrische praktijkervaringen. Onderzoek, diagnostiek en behandeling worden belicht vanuit verschillende invalshoeken, resulterend in een model voor integratieve diagnose en behandeling. Bijzondere aandacht wordt besteed aan het ontwikkelingsperspectief in de psychiatrische diagnostiek en aan de diagnostiek en behandeling van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en volwassenen met een matige of ernstige verstandelijke handicap. Dit boek is geschreven voor hulpverleners uit verschillende disciplines die in teamverband met elkaar samenwerken – psychiaters, orthopedagogen en psychologen – om hen te ondersteunen in hun werk en zo de kwaliteit van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap zo veel mogelijk te optimaliseren.

Heijkoop, J. (1995). *Vastgelopen: nieuwe mogelijkheden in de begeleiding van geestelijk gehandicapten met ernstige gedragsproblemen*. Baarn: Uitgeverij Nelissen.

Dit boek is een volledige herziening van het boek *Vastgelopen* dat in 1992 voor het eerst verscheen. De auteur geeft beschrijvingen en verklaringen van het gedrag van verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsproblemen. Opvoeders en begeleiders worden nieuwe mogelijkheden geboden om de gehandicapte op weg te helpen om tot een groter gevoel van vertrouwen te komen in anderen en in zichzelf. Theoretische informatie wordt verduidelijkt met voorbeelden. Het boek is bedoeld als herkenning, handvat, inleiding of opstap naar een beter begrip.

Lindner-Middendorp, C.J.M., L.P.T. Raijmakers, D.A. Flikweert, R.F.B. Geus & M. Bleeksma (1994). *Gehecht aan goede relaties: de betekenis van gehechtheid en goede relaties voor verstandelijk gehandicapte mensen*. Van Gorcum, Dekker & van de Vegt.

Bewerking van de lezingen gehouden op het congres 'Gehecht aan goede relaties' van NVO, NIP en NGBZ. Een inleiding op deze bewerking wordt gegeven door prof. dr. G.H. van Gemert. Vanuit verschillende invalshoeken wordt de aandacht gevestigd op de relatie tussen de verstandelijk gehandicapte mens, zijn of haar opvoeder of begeleider en andere personen met wie hij of zij samenleeft.

### **Wetenschappelijk**

Hoogsteder, M. & S. de Vriese (red., 2004). *Hechting en Loyaliteit*. Amsterdam, SWP.

Hechting en loyaliteit zijn veel gebruikte begrippen binnen de jeugdbescherming en jeugdhulpverlening. De auteurs gaan in op deze twee begrippen en geven vanuit theorie en praktijk antwoord op vragen als: Welk begrip hoort bij welke situatie? Wat te doen als de begrippen tot strijdige conclusies leiden? en Wat betekenen de begrippen? De publicatie bevat ervaringen en casuïstiek uit de praktijk, overstijgende reflecties over die praktijk, toegankelijke artikelen over de begrippen 'hechting' en 'loyaliteit' en hun ongelijkwaardige betekenis, en een multicultureel perspectief op het thema.

IJzendoorn, M.J.J. van (1994). *Gehechtheid van ouders en kinderen*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.

Hoe beïnvloeden de jeugdervaringen van ouders de gehechtheidsrelatie met hun kinderen? Dat is de centrale vraag in dit boek. De auteur maakt duidelijk dat jeugdervaringen na verloop van tijd niet meer 'objectief' kunnen worden beschreven. Wel hebben ouders een mentale voorstelling of representatie van hun ervaringen met gehechtheidsproblemen uit het verleden ontwikkeld. Deze representatie blijkt een belangrijke determinant van de gehechtheidsrelatie met de eigen kinderen te zijn. Met het oog op klinisch onderzoek en de klinische praktijk heeft de auteur ook plaats ingeruimd voor een bespreking van het onderzoek naar de ontwikkeling van gehechtheid in 'probleemgezinnen'.

---

Crittenden, P.M. & A.H. Claussen (2003). *The organization of attachment relationships: Mature, Culture and Context*. Cambridge. Cambridge University Press.

Kwaliteit van hechting is de laatste twee decades een centrale variabele geweest in ontwikkelingsonderzoek. Maar hoewel hechting relevant is voor alle culturen en mensen van alle leeftijden, heeft het meeste onderzoek zich geconcentreerd op middenklasse kinderen in de Angelsaksische cultuur. Bovendien is er door een te grote nadruk op de voordelen voor veiligheid te weinig aandacht geweest voor de functie van hechting om mensen te beschermen tegen gevaar. In dit boek wordt een nieuwe hechtingstheorie gepresenteerd die een veel breder toepassingsgebied heeft, namelijk ook buiten de kinderjaren, in vele culturen en voor bedreigde populaties, zoals mensen met psychopathologie en mensen die in een bedreigende context verkeren. De bedoeling hiervan is om een nieuwe theorie en methode te verschaffen om menselijke variatie in interpersoonlijke en culturele zelfbeschermingsstrategieën beter te begrijpen.

Cassidy, J. & P.R. Shaver (1999). *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.

Dit handboek geeft een samenvattend overzicht en synthese van de stand van zaken van kennis over hechting en verlies van kinderen en volwassenen voor klinici, studenten en onderzoekers. Er wordt ingegaan op de oorsprong en ontwikkeling van de hechtingstheorie, biologische perspectieven, het vaststellen van hechting gedurende de levensloop en op klinische toepassingen.

Goldberg, S. (2000). *Attachment and Development*. Londen: Arnold and Oxford University, New York.

‘Attachment and Development’ geeft een samenvattend overzicht van theorie en onderzoek van hechting gedurende de levensloop. Daarbij wordt specifiek ingegaan op de factoren die bijdragen aan vroege hechting en op de effecten van hechting op de ontwikkeling, inclusief sociale competentie, geestelijke gezondheid en fysieke gezondheid. Speciale aandacht wordt gegeven aan nieuw onderzoek over de rol van cognitie en emotie in de interne werkmodellen van gehechtheid en naar de rol van de psychobiologie. Het boek eindigt met een kritische beschouwing van de bijdragen en beperkingen van hechtingsonderzoek en theorie. Het boek is bedoeld voor studenten ontwikkelingspsychologie en voor professionals werkzaam in onder meer welzijnswerk en psychiatrie.

Schuengel, C., W. Slot & R. Bullens (2003). *Gehechtheid en kindbescherming. Juridische relevantie van gedragswetenschappelijke onderzoeksbevindingen*. Amsterdam, SWP.

Kinderbeschermingsmaatregelen kunnen diep ingrijpen in het leven van kinderen en ouders, zeker als er sprake is van plaatsing in een pleeggezin of een tehuis. Maar waarop zijn deze ingrepen gefundeerd? Beschikken kindbeschermers en kinderrechtters over genoeg informatie om de gevolgen van maatregelen die leiden tot verbrekingen van gehechtheidsrelaties te overzien? Is er duidelijkheid te krijgen over gehechtheid van kinderen aan (pleeg)ouders? Hoe kan in het begeleiden van pleegouders en in het beleid van tehuizen het beste rekening gehouden worden met de gehechtheid van kinderen aan hun ouders, met het ontstaan van gehechtheid aan nieuwe opvoeders, en met de onvermijdelijke verbrekingen van nieuw aangegane gehechtheidrelaties? Deze bundel wil bijdragen aan een eenduidig en actueel begrippenkader waarin vraagstellingen worden geformuleerd voor diagnose, indicatiestelling, interventie en beleid. Ook komen concrete aandachtspunten naar voren voor interventie en beleid, gebaseerd op Nederlands en buitenlands onderzoek. De bundel is interessant voor werkers binnen de kindbescherming, maar ook voor juristen, beleidsbepalers en studenten (ortho-)pedagogiek.

Oosterman, M. en C. Schuengel (z.j.). *Gehechtheid aan pleegouders*. Uitgave: Amsterdam Centrum voor kinderstudies (ACK).

In deze brochure voor pleegouders en pleegzorgwerkers wordt ingegaan op de vragen: Wat is gehechtheid? Aan wie kunnen kinderen gehecht raken? Raken kinderen altijd gehecht aan degenen die hen verzorgen en opvoeden? Wat is het verschil tussen niet gehecht zijn en onveilig gehecht zijn? Wie drukt het zwaarste stempel op de gehechtheidsrelatie? Hoe bevorder je veilige gehechtheid?

Deze brochure is geschreven om op toegankelijke en beknopte wijze de huidige stand van kennis over gehechtheid over te brengen, toegepast op de situatie van pleegkinderen en pleegouders. In de brochure worden ook de resultaten van het meest recente Amerikaanse onderzoek naar gehechtheid aan pleegouders samengevat.

Schuengel, C., J.C. de Schipper & P. Sterkenburg (2003). Hechtingsstoornissen en verstoorde gehechtheid. pp.8.1-1-8. 1-23. In: Colijn, S., E.C.A. Collumbien, G. Lietaer & R.W. Trijsburg (eds.). *Handboek integratieve psychotherapie*. Lochem, De Tijdstroom.

Voorbeeld van een behandelprotocol voor een specifieke groep meervoudige gehandicapte kinderen, om te laten zien hoe vanuit de achtergronden van verstoorde gehechtheid, vanuit de principes van de gehechtheidstheorie en vanuit beproefde gedragstherapeutische methodieken deze behandelwijze is ontwikkeld.

### **Praktijkboek**

Rots, H. (2004). *Jij mag niet lief zijn*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.

In dit bondige boekje vertelt pleegmoeder Hanne het ontroerende verhaal over de opvang van een ernstig verwaarloosd meisje. Als Melanie voor de derde keer een weekend bij Hanne komt, zegt ze ineens: "Jij mag niet lief zijn!". Dat het kind geen liefde kon ontvangen, had een grote impact op het pleeggezin.

Pleegmoeder Hanne beschrijft op beeldende en boeiende wijze de invloed die Melanie tot haar achttiende jaar op haar en haar gezin heeft.

Een verhaal over het wonen in een tehuis en het horen bij een pleeggezin, liefde en onmacht, veiligheid en onveiligheid en de schrijnende gevolgen van een verkeerde diagnose en te laat ingrijpen van hulpverlening.

### **Readers netwerk OverSchatten**

Onderstaande readers zijn te bestellen per mail: [info@overschatten.nl](mailto:info@overschatten.nl)

Meer informatie: [www.overschatten.nl](http://www.overschatten.nl).

Ouderdagen:

*Hechting bij mensen met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking*  
Verslag 5e ontmoetingsdag 20/09/2003 'onderzoek en praktijk en hechting'.

*Het gevoel van Vast(ge)lopen*

Verslag 4e ontmoetingsdag 21/09/2002 'Heykoopmethode.'

*Wat overkomt ons?*

Verslag 3e ontmoetingsdag 29/01/2002 'info over hechting en praktijk'.

Studiedagen:

*Hechting in Beeld.*

*Praktijk en deskundigheid naast elkaar.*

*Verslag 3e studiedag 28/9/2004*

*Hechting in Beeld.*

*Verslag 2e studiedag 05/02/2004.*

*Het signaleren en hanteren van hechtingsproblemen bij kinderen met een (lichte) verstandelijke beperking.*

*Verslag 1e studiedag 03/04/2003.*

# Trefwoordenregister

Angstig-vermijdend gehecht	17	Intern werkmodel	13
Angstig-afwerend/ambivalent gehecht	17	Kritiekloze vriendelijkheid	19
Basisveiligheid	13	Ongeremde type	19
Controlerend gehechtheidsgedrag	18	Onveiligheid	13
Gedesorganiseerd of gedessoriëren- teerd reactiepatroon	16	Onveilig afwerend/ambivalent gehecht	16
Gedesorganiseerd/gedessorieëteerd gehecht	17	Onveilig vermijdend gehecht	16
Geen hechting	19	Problematisch gehechtheids- gedrag	33
Gehechtheidsgedrag	11	Reactieve hechtingsstoornis	32
Gehechtheidsrelatie	11	Rolomkering	18
Georganiseerd hechtingspatroon	15	Sensitief	13
Geremde type	19	Veiligheid	13
Hechtingsfiguur	11	Veilig gehecht	15
Hechtingsstoornis	19	Verstoorde gehechtheidsrelatie	19
Insensitief	14	Verbroken gehechtheidsrelatie	19



# Overzicht van adressen

## **Centra voor Consultatie en Expertise:**

*Het Centrum voor Consultatie en Expertise (kortweg CCE) biedt advies en ondersteuning bij zorgvragen die om specifieke kennis en ervaring vragen. Er zijn 5 regionale CCE's waarop zowel door cliënten, ouders, wettelijk vertegenwoordigers als zorgverleners uit de eerste en tweede lijn een beroep kan worden gedaan als de reguliere hulpverlening vastloopt. De CCE's beschikken over een pool van ruim 350 experts ('consulenten') op het gebied van zorg aan mensen met een complexe hulpvraag. Orthopedagogen, artsen, psychiaters, maar ook bijvoorbeeld verpleegkundigen. Zij worden via het systeem van inhuren bij de cliënt betrokken.*

*Centrum voor Consultatie en Expertise, Regio Utrecht en Noord-Holland*  
Australiëlaan 14  
3526 AB Utrecht  
Telefoon: 030 - 296 49 41  
E-mail: utrecht@stichtingcce.nl

*Centrum voor Consultatie en Expertise, Regio Zuid-Holland en Zeeland*  
Tielweg 6c  
2803 PK Gouda  
Telefoon: 0182 - 69 22 44  
E-mail: gouda@stichtingcce.nl

*Centrum voor Consultatie en Expertise, Regio Noord-Brabant en Limburg*  
De Plank 100  
5504 ED Veldhoven  
Telefoon: 040 - 253 94 78  
E-mail: veldhoven@stichtingcce.nl

*Centrum voor Consultatie en Expertise Regio Overijssel, Gelderland en Flevoland*  
Thermen 1  
7521 PS Enschede  
Telefoon: 053 – 480 58 90  
E-mail: enschede@stichtingcce.nl

*Centrum voor Consultatie en Expertise, regio Groningen, Friesland en Drenthe*  
Herenweg 72a  
9725 AG Groningen  
Telefoon: 050 - 520 60 20  
E-mail: groningen@stichtingcce.nl

## **Netwerken**

### *Atrium*

*Een netwerk dat bestaat uit hulpverleners die zich toelagen op de problematiek rond kinderen/volwassenen met een verstandelijke beperking en/of hechtingsproblematiek. In dit netwerk zijn hulpverleners vertegenwoordigd uit verschillende beroepsgroepen, waaronder: psychotherapeuten, orthopedagogen, psychologen, speltherapeuten en praktijkdeskundigen.*

Informatie: [info.atrrium@planet.nl](mailto:info.atrrium@planet.nl)

64

### *Basic Trust*

*Dit is een landelijke organisatie van zelfstandig gevestigde hulpverleners die allen specialist zijn op het gebied van opvoeding, hechting (basisvertrouwen) en adoptie*  
Bisschop Callierstraat 34  
2014 XH Haarlem  
Telefoon: 023 – 542 52 30  
E-mail: [info@basictrust.com](mailto:info@basictrust.com)

### *OverSchatten*

*Een netwerk voor ouders en familieleden van adoptie- en pleegkinderen met een ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking, eventueel in combinatie met hechtingsproblematiek. OverSchatten maakt deel uit van PhiladelphiaSupport, vereniging voor ouders en familieleden van mensen met een verstandelijke beperking.*  
Informatie: [www.overschatten.nl](http://www.overschatten.nl) of [info@overschatten.nl](mailto:info@overschatten.nl)  
Telefoon: 0481 - 37 45 89

**Advieslijnen ouderverenigingen:**

*PhiladelphiaSupport*

Informatie: [supportlijn@philadelphiasupport.nl](mailto:supportlijn@philadelphiasupport.nl)

Telefoon: 030 - 23 637 40 bereikbaar op maandag, dinsdag en vrijdag van 10.00 tot 13.00 uur

VOGG

Informatie: [ViaLijn@vogg.nl](mailto:ViaLijn@vogg.nl)

Telefoon: 030 - 23 637 00, bereikbaar op werkdagen van 10.00 – 13.00 uur.  
Woensdagavond van 19.00 tot 21.00 uur.

