

Hechtingsstoornis in de adolescentie



Bea van 't Goor

Mei 2009

Christelijke Hogeschool Windesheim, opleiding MWD-Deeltijd

Hechtingsstoornis in de adolescentie

Student: Bea van 't Goor

Studentnummer: 227011

Mei 2009

Christelijke Hogeschool Windesheim, opleiding MWD-Deeltijd

Begeleidend docent: Gert Broekhuis

Voorwoord

Ruim negen jaar geleden begon ik in de jeugdzorg te werken. Geheel zonder theoretische achtergrond maar met liefde en belangstelling voor kinderen werd ik gezinshuisouder in een therapeutisch gezinshuis. Het speciale van dit gezinshuis was dat zij werkten met een intensieve behandeling voor kinderen met hechtingsstoornissen.

De kinderen in mijn gezinshuis hadden de leeftijd van zes tot veertien jaar. Het gedrag dat zij regelmatig vertoonden was voor mij zo onvoorstelbaar dat ik er vaak geen raad mee wist.

Gelukkig was er voor de gezinshuisouders een heel goede begeleiding door een multidisciplinair team. Het was een intensieve maar tijdelijke baan, na tweeënhalf jaar stond ik weer 'buiten' en kon ik weer aan mijzelf gaan denken.

Ik ging de opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening doen en heb toen stages gehad met verschillende doelgroepen. In het derde jaar kwam ik terecht in de pleegzorg, dit bleek een mooi vervolg op mijn gezinshuiservaring. Veel kinderen in de pleeggezinnen vertoonden gedrag dat ik herkende als hechtingsproblematiek. Door de collega's in de pleeg- en jeugdzorg werden die problemen vooral aangeduid als loyaliteitsproblemen. Dit is echter significant iets anders.

Ik zag dat hoe ouder een kind was, hoe minder er rekening werd gehouden met de mogelijkheid dat het kind mogelijk onveilig gehecht was. Als dan de diagnose 'hechtingsstoornis' toch werd gesteld tijdens de adolescentie, stonden de opvoeders met hun handen in het haar en op het punt om afscheid te nemen van de jongere.

Voor de opvoeders en voor de begeleiders van de opvoeders, zoals pleeggezinbegeleiders, medewerkers van Bureau Jeugdzorg en ambulant begeleiders heb ik dit essay geschreven. Het is wel moeilijk, een adolescent met een hechtingsstoornis, maar er is wel hoop op herstel.

Inhoud:

Voorwoord

Inleiding

Hoofdstuk 1. De adolescentie

1.1 Inleiding

1.2 Samenvatting van de rede over adolescentie

Hoofdstuk 2. Hechting

2.1 Inleiding

2.2 Wat is hechting

2.3 Hechtingspatronen

2.4 Hoe ontstaat een onveilige hechting

2.5 Hechtingsstoornis in DSM IV

2.6 Benamingen voor patronen van onveilige hechting

Hoofdstuk 3. Wat zijn de gevolgen voor de adolescent?

3.1 Inleiding

3.2 Sociaal emotionele ontwikkeling

3.3 Cognitieve ontwikkeling

3.4 Opvoedingsproblemen bij jongeren met een ambivalent onveilige hechting

3.5 Opvoedingsproblemen bij jongeren met een vermijdend onveilige hechting

Hoofdstuk 4. De behandeling van hechtingsproblematiek.

4.1 Inleiding

4.2 Fasetherapie

4.3 Sociaal competentie model voor zeer problematische jongeren

4.4 Vooruitzichten

Hoofdstuk 5. Samenvatting en conclusie

Bronvermelding

Bijlage 1: *mailcontact met onderzoeker A. Baanders*

Bijlage 2: *Illustratie*

Inleiding

Soms krijgt een jongere na een psychologisch onderzoek de diagnose ‘hechtingsstoornis’. Bij deze diagnose bestaat de opvatting dat er geen herstel mogelijk is voor de jongere en voor de relatie met zijn ouders. Grofweg gezegd worden de ouders gediskwalificeerd en krijgt de jongere een label: blijvende schade. Ga als pleegouder/ ouder maar eens op zoek naar ‘hechtingsstoornis’ bij Google, de handige internetdatabase. Grote kans dat je hierna met de handen in het haar zit en alle hoop kwijt raakt dat het nog goed zal komen met je (pleeg-)kind. Een verouderde term voor hechtingsstoornis is ‘Geen-Bodem-Syndroom’¹, gebruikt door van Geertje van Egmond, ervaringsouder, en schrijfster van het boek ‘Bodemloos bestaan, problemen met adoptiekinderen’. Zij betitelt het ‘geen-bodem-syndroom’ als een sociaal/emotionele handicap die is terug te voeren op de vroegste ontwikkeling van het kind, waarbij er met de (moeder) verzorger geen of onvoldoende hechting tot stand is gekomen. Heel wezenlijk daarbij is het niet in staat zijn een duurzame, liefdevolle en wederkerige relatie te onderhouden. Van Egmond beschouwt de stoornis als ongeneeslijk. Dit boekje wordt door Stichting De Knoop, ervaringsdeskundigen over hechting, vaak aangeraden. Naar mijn mening is het uitgangspunt van dit boek veel te fatalistisch.

De vooruitzichten voor een kind met een hechtingsstoornis worden in het algemeen beter ingeschat, als de diagnose op jonge leeftijd is gesteld en als er vroeg met behandeling is begonnen. Maar wat te verwachten als de hechtingsstoornis pas op latere leeftijd wordt gediagnosticeerd, bijvoorbeeld bij een 16-jarige. En hoe zal het gaan als er wel behandeling is geweest maar de jongere komt in de puberteit, waarin weer heel ander gedrag tevoorschijn komt? Een stel pleegouders dat ik begeleidde verzuchtten dat zij het gevoel hadden, acht jaar lang voor niets geïnvesteerd te hebben, toen hun pleegdochter op 16-jarige leeftijd alsnog een hechtingsstoornis bleek te hebben.

Het probleem wat ik wil behandelen is, dat een jongere met een hechtingsstoornis gestigmatiseerd wordt. Ouders, pleegouders, verzorgers, hulpverleners van Bureau Jeugdzorg en pleeggezinbegeleiders gaan er vaak van uit dat er voor een jongere met een hechtingsstoornis geen mogelijkheden meer bestaan om zich verder te ontwikkelen. Mijn vraagstelling luidt: Is het mogelijk dat adolescenten, die gediagnosticeerd zijn met hechtingsproblematiek, in deze levensfase middels begeleiding/ behandeling alsnog in staat zijn om zich sociaal emotioneel verder te ontwikkelen?

Mijn doel is dat opvoeders, zoals ouders, pleegouders, pedagogisch medewerkers en begeleiders van opvoeders, zoals pleeggezinbegeleiders en ambulant begeleiders door mijn essay ideeën krijgen voor de behandeling van jongeren met een hechtingsstoornis.

Ik heb gekozen voor de doelgroep adolescenten met een hechtingsstoornis omdat ik wilde onderzoeken of deze leeftijdsfase mogelijkheden biedt voor verdere ontwikkeling en herstel. De adolescentie wordt wel gezien als een moeilijke periode voor kind en opvoeder. Het eerste hoofdstuk is gewijd aan de adolescentie, waarin een beeld wordt geschetst van het normale verloop van deze leeftijdsfase.

Ik constateer in de praktijk van de jeugdhulpverlening dat de term ‘hechtingsstoornis’ soms ten onrechte wordt gebruikt voor problematiek die lijkt op de problemen die ontstaan bij een hechtingsstoornis, terwijl er geen sprake is van een hechtingsstoornis. Voor dit essay heb ik daarom onderzocht wat er werkelijk aan de hand moet zijn, wil er sprake zijn van een

¹ <http://www.deknoop.org/articles.php?lng=nl&pg=81>

hechtingsstoornis en in welke vorm een hechtingsstoornis zich kan manifesteren. Mijn doel hiermee is om een juist beeld te geven aan ouders, pleegouders en hulpverleners van een hechtingsstoornis. In hoofdstuk twee leg ik uit wat hechting is en welke hechtingsstoornissen er zijn. In hoofdstuk drie behandel ik de gevolgen van de verschillende vormen hechtingsstoornissen voor adolescenten.

Het blijkt dat er in de literatuur verschillende termen worden gebruikt voor hechtingsstoornissen. In hoofdstuk twee introduceer ik deze verschillende termen met hun definitie maar om de leesbaarheid te bevorderen gebruik ik verder unanieme termen.

Ik geef in hoofdstuk vier voorbeelden van twee behandelingsvormen; de fasetherapie en het sociaal competentie-model. Deze behandelingsvormen worden binnen een instelling gegeven maar ze bieden ook handvatten voor de benadering van de jongeren in een gezin.

Aan het eind van mijn essay geef ik een samenvatting en conclusie.

Daar waar ik de mannelijke vorm of ‘hij’ gebruik, bedoel ik zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm.

1. De adolescentie

1.1 Inleiding

Onderzoekers van het Brain and Development Lab van de Faculteit Sociale Wetenschappen doen binnen het Leiden Institute for Brain and Cognition (LIBC) onderzoek naar de ontwikkeling van cognitieve flexibiliteit in de kindertijd en adolescentie. Eén van deze onderzoekers is prof. dr. Michiel Westenberg en over de resultaten van dit onderzoek hield hij een rede ter gelegenheid van de verjaardag van de Leidse universiteit. Op internet was een videopresentatie² te zien van deze rede. Ik heb voor dit hoofdstuk aantekeningen gemaakt van deze videopresentatie. De rede van prof. Dr. Westenberg sprak mij aan omdat het zo'n positief beeld geeft van de ontwikkelingsmogelijkheden tijdens de adolescentie. Ook wordt zogenaamd typisch probleemgedrag van pubers verklaard vanuit heel begrijpelijke ontwikkelingsprocessen.

1.2 Samenvatting van de rede over adolescentie.

Prof. Dr. Westenberg heeft bij een grote groep jongeren de functies van het lichaam en van het brein onderzocht maar ook de psychosociale ontwikkeling en de mate van probleemgedrag, zowel externaliserend als internaliserend. Hij constateert dat tijdens de adolescentieperiode op drie gebieden ontwikkeling plaats vindt: de puberteitsontwikkeling (de seksuele volwassenwording); de cognitieve ontwikkeling en de psychosociale ontwikkeling.

De adolescentie is een levensfase die vaak wordt omschreven als een periode van 'Sturm und Drang'. De term 'adolescentie' wordt ook nog wel eens verward met de term 'puberteit'. De puberteitsontwikkeling, kortweg genoemd de puberteit, duurt gemiddeld drieënhalve jaar en begint ergens tussen het negende en veertiende jaar. Prof. dr. Westenberg vond geen relatie tussen de puberteit en ernstig probleemgedrag. Pubers lijken vaak onopvoedbaar maar veel van hun 'irritante' gedrag is terug te leiden op hun lichamelijke ontwikkeling. Zo heeft de veelgehoorde luiheid te maken met het sneller groeien van het lichaam, wat veel energie kost. Bovendien vindt er een verandering plaats in het slaap/waaksysteem. Een puber neigt snel conflicten aan te gaan met zijn ouders, dit houdt verband met zijn wens om met leeftijdsgenoten om te gaan. Ouders dienen hun puberkind zeker te begrenzen maar ook voldoende ruimte te laten om hun leeftijdsgenoten op te zoeken. Pubers worden wel prikkelbaar genoemd, dit kan inderdaad zo zijn onder invloed van de hormonen die in grote getale worden geproduceerd. Het effect van de puberteit is overwegend positief te noemen. In die gevallen waar het tot ernstige problemen leidt, spelen vaak andere oorzaken een rol die al voor het intreden van de puberteit aanwezig waren.

De cognitieve ontwikkeling tijdens de adolescentie betekent een gestage toename van verstandelijke capaciteiten. De adolescent leert logisch te redeneren, te abstraheren, hij krijgt meer ruimtelijk inzicht, zijn werkgeheugen kan grotere taken uitvoeren. Dit verloopt ook weer niet volgens een vaste volgorde. De timing is heel verschillend bij jongeren onderling. Waar de puberteit vaak met flinke sprongen verloopt, gaat de cognitieve ontwikkeling meer geleidelijk en loopt gemiddeld ook veel langer door. De cognitieve ontwikkeling zet meestal tussen het twaalfde en veertiende jaar in. Een belangrijk verschil met de periode daarvoor is,

² Prof. Dr. Michiel Westenberg, ontwikkelingspsycholoog: diesrede ter gelegenheid van de 433 ste verjaardag van de universiteit van Leiden
http://www.fsw.leidenuniv.nl/diesoratie_1.jsp

dat de jongere een groter bewustzijn krijgt van zijn eigen denken en kunnen. Hij kan op zijn eigen denken en kunnen reflecteren, dit wordt metacognitie genoemd.

De derde, grote ontwikkeling vindt plaats op het psycho-sociale gebied. Dit gebied omvat vier grote onderdelen: het vermogen om de eigen impulsen en emoties te reguleren; het gevoel van autonomie in relatie tot ouders en tot leeftijdsgenoten; het kunnen inleven en begrip opbrengen voor anderen en het besef van verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor anderen. De psychosociale ontwikkelingscurve loopt op tot aan het vierentwintigste levensjaar. Meisjes lopen vanaf ongeveer veertien- tot twintigjarige leeftijd voorop in deze ontwikkeling ten opzichte van jongens, daarna ziet men de curves van de seksen weer gelijk opgaan. Een jongere rijpt op alle drie de gebieden, maar deze gebieden verlopen niet gelijkmatig, niet bij iedereen volgens hetzelfde patroon en ze duren niet bij iedereen even lang. Je kan daarom niet iedereen van dertien een 'puber' noemen maar je kan ook niet veronderstellen dat iemand van zestien, seksueel volwassen, op cognitief en psychosociaal gebied ook al volwassen is. Prof. dr. Westenberg geeft aan dat gedrag van jongeren vaak verklaard kan worden aan de hand van de ontwikkeling waarbij zij zich bevinden. Hierdoor kunnen jongeren beter worden geholpen. Een voorbeeld bij tieners is dat hun actieve brein volop ontwikkelt. Zij blijken in die fase gevoelig te zijn voor beloningen en niet voor straffen. Dit houdt in dat zij risicovol gedrag kunnen vertonen, zich niet bekommerend om het gevaar maar wel zeer bewust van de 'kick' en het aanzien dat zij mogelijk verwerven. De oudere adolescent en de volwassene houdt veel meer rekening met het mogelijke verlies. Een voorbeeld is gezichtsverlies, bij een adolescent neemt de angst om in het openbaar te spreken toe en deze angst blijkt later veelal niet af te nemen.

De conclusie van prof. dr. Westenberg is dat de adolescentie niet verward moet worden met de puberteit, die daar slechts een onderdeel van uitmaakt. Hij concludeert dat het wel meevalt met de problemen die de adolescentie met zich meebrengt. Problemen die deels naar buiten gericht, maar veel vaker naar binnen gericht kunnen zijn. Aandacht hiervoor is zeker nodig. Prof. dr. Westenberg vindt het overdreven om de adolescentie aan te duiden als een periode van 'Sturm und Drang' eerder van een storm in een glas water.

2. Hechting.

2.1. Inleiding

De Britse psychiater John Bowlby heeft de hechtingstheorie ontwikkeld. Zijn eerste uitgaven dateren van kort na de tweede wereldoorlog. Er is later kritiek op zijn gedachtegoed gekomen, zo beschrijft hij de moeder als belangrijke hechtingsfiguur en schrijft hij in vroege publicaties dat de gevolgen van een niet goed verlopen hechting als onherstelbaar. Toch zijn er vele wetenschappers die voorborden op zijn theorie. Ik noem zijn studente Mary Ainsworth, en de professoren Rien IJzendoorn en Niels Peter Rygaard. In dit hoofdstuk komen inzichten van Bowlby en de later genoemde wetenschappers aan de orde. Ik heb verder literatuur gebruikt van Anniek Thoomes en Carlo Schuengel e.a. waarin de behandeling van hechtingsstoornissen wordt beschreven.

2.2. Wat is hechting

Hechting is dat een kind zich veilig voelt bij en verzorgd weet door zijn ouder of opvoeder. Een baby is totaal afhankelijk van zijn ouders, instinctief maakt de baby sociaal contact: lachen, huilen, brabbelen. Dit is hechtingsgedrag. Ouders of verzorgers geven de baby wat hij nodig heeft, en reageren adequaat op wat de baby vraagt. Bijvoorbeeld troosten als hij huult, reageren op geluidjes die hij maakt, spelen en knuffelen als het kind dat wil en laten slapen als hij moe is. De ouders laten met hun reacties zien dat zij hun kind begrijpen en dat ze tegemoet komen aan zijn behoeften. Op deze manier ontstaat een 'veilige hechting' (Bowlby 1948) tussen ouders en kind. Tijdens de eerste twee jaar van zijn leven is hiermee een stevig fundament gelegd om verder te ontwikkelen.

Als hij opgroeit, zal hij steeds meer zelf proberen te doen maar wel nagaan bij zijn ouders of dit goed is. Hij begint met imiteren en gaat daarna zelf proberen. Zijn ouders zullen hem de ruimte geven, maar ook veilig begrenzen. Zij zullen hem stimuleren en rekening houden met wat hij kan en wil. Een veilig gehecht kind groeit op tot een zelfbewuste en sociale volwassene.

De Britse psychiater John Bowlby³ baseerde zich op onderzoek bij dieren, toen hij de hechtingstheorie ontwikkelde. Hij ging ervan uit dat gehechtheid als overlevingsgedrag is voortgekomen uit de evolutie. Jonge kinderen kunnen niet overleven zonder hulp van volwassen soortgenoten, en ouders hebben er evolutionair gezien alle belang bij om voor hun hulpeloze kroost te zorgen.

Bowlby observeerde in 1948 kinderen die door WO II gescheiden waren van hun ouders. Hij beschreef de gevolgen voor het gedrag van deze kinderen. In opdracht van de Wereld Gezondheids Organisatie rapporteerde hij zijn bevindingen 'Maternal Care and Mental Health', in 1951⁴ later, samen met Mary Ainsworth, publiceerde hij 'Child Care and the Growth of Love', in 1965. De hechtingstheorie werd wereldwijd bekend door deze publicaties.

³ enkele bekende uitgaven: Bowlby J (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Tavistock professional book. London: Routledge. [ISBN 0422622303](#)

Bowlby J (1995). *Maternal Care and Mental Health*. The master work series (2nd ed.). Northvale, NJ; London: Jason Aronson. [Geneva, World Health Organization, Monograph series no. 3]. [ISBN 1-56821-757-9](#)



*Een beroemd experiment van etholoog Harry Harlow. Een jong resusaapje op een kunstmoeder.*⁴

2.3 Hechtingspatronen

De Canadese ontwikkelingspsychologe Mary Ainsworth, die onder andere bij John Bowlby studeerde, heeft onderzoek gedaan naar de verschillende wijzen waarop de hechting kan verlopen. Volgens haar wordt gehechtheidsgedrag zichtbaar als het kind zich in een stressvolle situatie bevindt. Mary Ainsworth ontwikkelde in 1978 de 'Vreemde Situatie Test'. Het gedrag van het kind wordt geobserveerd terwijl het samen met de moeder in een onbekende ruimte is, vervolgens verlaat moeder de ruimte en na ongeveer drie minuten komt zij weer binnen.

4

[http://www.nwo.nl/files.nsf/pages/NWOP_66JK3N/\\$file/NWO%20Spinozaboekje%202004.pdf](http://www.nwo.nl/files.nsf/pages/NWOP_66JK3N/$file/NWO%20Spinozaboekje%202004.pdf)



tijdens de Vreemde Situatie Test⁵.

Ouder komt terug bij het kind

In deze ‘Vreemde Situatie-Test’ vond Mary Ainsworth drie karakteristieke reactiepatronen van het kind op het vertrek en de terugkomst van moeder. Later werd er nog een vierde patroon zichtbaar.

“De hechtingspatronen die op eenjarige leeftijd worden waargenomen blijven in 70 procent van de gevallen gehandhaafd tot men volwassen is, ze lijken zelfs van generatie op generatie overgeleverd te worden door het hechtingsgedrag van de verzorger. De vier patronen zijn⁶:

- **Veilig/autonoom**

Het kind reageert als de moeder weggaat, maar gaat na een poosje op onderzoek uit, het zoekt contact met de moeder, wordt gesust, en begint al gauw weer de kamer te onderzoeken. Er is innigheid en wederzijdse blijdschap in het contact tussen moeder en kind.

- **Vermijdend**

Het kind reageert ogenschijnlijk niet op de afwezigheid van de moeder en wordt in beslag genomen door de voorwerpen in de kamer. Als de moeder terug komt richt ze haar aandacht ook eerder op de voorwerpen dan op haar kind. Onderzoek toont aan dat het kind in feite erg gespannen is vanwege de afwezigheid en dat die spanning ook langer aanhoudt dan bij een kind dat zich veilig voelt. Het kind lijkt te weten dat het laten zien van de gevoelens die eigenlijk bij verwijdering horen kan leiden tot afwijzing, en beheerst daarom het tonen van die

5

[http://www.nwo.nl/files.nsf/pages/NWOP_66JK3N/\\$file/NWO%20Spinozaboekje%202004.pdf](http://www.nwo.nl/files.nsf/pages/NWOP_66JK3N/$file/NWO%20Spinozaboekje%202004.pdf)

⁶ Rygaard, Niels P. (2007). Hechtingsstoornissen. Praktijkgericht therapiehandboek voor ernstige hechtingsstoornissen bij kinderen.

gevoelens. Er wordt veel energie gebruikt om de natuurlijke hechtingsreactie te onderdrukken.

- **Ambivalent**

Het kind klampt zich aan de moeder vast en kan tegelijkertijd boosheid of controlerend gedrag tonen, zelfs voordat de moeder de kamer verlaten heeft. Het kind gaat niet op onderzoek uit maar houdt zich alleen bezig met de afwezigheid van de moeder, het gaat ook niet verder met spelen als de moeder terug is. Het lijkt zichzelf te verzekeren van een nabijheid die onzeker is. Het hechtingssysteem wordt zogezegd overmatig geactiveerd, waardoor er geen ruimte meer is om andere behoeften te vervullen.

- **Ongeorganiseerd/gedesoriënteerd**

Het gedrag van het kind bevat elementen van bovengenoemd gedrag, maar het kind vertoont geen samenhangend patroon bij verwijdering en hereniging. Het kan in een verstijfde houding 'bevriezen', languit op de grond gaan liggen, zich aan de moeder vastklampen en tegelijkertijd een andere kant op kijken, enzovoorts."

2.3 Hoe ontstaat een onveilige hechting?

De gehechtheid is afhankelijk van de wijze waarop de ouder op de signalen van de baby reageert. Ouders die steeds de signalen van de baby negeren, brengen de baby in een isolement. Deze baby's ontwikkelen een onveilige, vermijdende gehechtheid. Zij kennen geen vertrouwen toe aan de verzorger, later niet aan volwassenen. Ouders die alleen maar warm op de baby reageren als zij zelf zin hebben, niet zozeer op indicatie van de baby, maken de baby ambivalent onveilig gehecht. De baby wordt onzeker als de ouder er is en hulpeloos als hij alleen is. Als het hechtingsproces wordt doorbroken door verlies van een ouder, is dit voor een baby heel traumatisch. Dit kan ook gebeuren bij baby's met ouders met een psychiatrische stoornis, die heel wisselvallig reageren op het kind. Deze baby's kunnen een mengeling van vermijdende en ambivalente onveilige hechting vertonen, dit wordt de gedesorganiseerde hechting genoemd. In mijn essay benoem ik deze vorm van hechtingsstoornis niet bij de behandeling, omdat het in de literatuur niet apart werd behandeld.

2.4 Hechtingsstoornis in DSM IV

In psychologische onderzoeksrapportage wordt gebruik gemaakt van de DSM IV, deze geeft de volgende beschrijving van hechtingsstoornis⁷:

“ 313.89 (F94.x) Reactieve hechtingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd (Reactive Attachment Disorder of Infancy and Childhood)

A. Duidelijke 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 tot of te reageren op de meeste sociale

3: <http://www.dsmonline.nl/showtree.php?page=66601>

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 verzorgers met een mengeling van toenadering, afstand nemen of weigering getroost te worden, of 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 de hechtingsfiguren)

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

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 pleeggezin)

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:

(F94.1) Geremde type: indien criterium A1 het beeld overheerst

(F94.2) Ontremde type: indien criterium A2 het beeld overheerst”

2.5 Benamingen voor patronen van onveilige hechting

In mijn essay richt ik mij op twee patronen van onveilige hechting, die duidelijk van elkaar worden onderscheiden. Er is een derde patroon, waarbij kenmerken van de beide andere patronen voorkomen. Het is verwarrend dat er verschillende benamingen voor de diverse patronen van hechtingsstoornissen gebruikt worden door de auteurs van de literatuur die ik voor mijn essay heb gebruikt. Het is wel duidelijk dat de auteurs hetzelfde onderscheid maken in patronen van onveilige hechting, alleen de benaming verschilt. Voor de leesbaarheid van mijn essay duid ik de verschillende patronen aan, zoals deze zijn benoemd en omschreven zijn door prof. Dr. Rygaard bij de ‘vreemde situatietest’: vermijdend en ambivalent.

In de hoofdstukken over de gevolgen en de behandeling van hechtingsstoornissen gebruik ik literatuur van Anniek Thoomes⁸ en Rien van IJendoorn e.a.⁹.

⁸ Thoomes-Vreugdenhil, A.: *Relationeel gestoorde jongeren Een onderscheid in verwaarlozingsproblematiek en een behandelingsvoorstel*
ISBN 90-313-3001-9 1999

⁹ IJendoorn van, R., Schuengel, C., Venmans, J., Zegers, M.: *Onderzoek, diagnostiek en methodiek bij de gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren.*
9789066657175, 2005

Ik geef een schematisch overzicht van de door hen gebruikte benamingen bij de door mij gebruikte benamingen.

(Prof . dr Rygaard), de door mij gebruikte benamingen	Anniek Thoomes	Rien van IJzendoorn
<i>Vermijndend</i>	<i>Hechttingsgestoord:</i> Zij hebben niet geleerd dat iets of iemand blijft, dat een relatie ontwikkelt en beklijft. Deze kinderen worden wel omschreven als 'allemandsvriendjes' en hun gedrag als 'vlindergedrag'. Zij passen hun sociale gedrag aan de situatie aan, zoals dit voor henzelf het best uitkomt. Zij doorzien sociale interactie slecht, waardoor zij vaak inadequaar reageren. Zij kunnen sociaal wenselijk gedrag aanleren, maar dit komt niet 'echt' over.	<i>Gereserveerde gehechtheidsrepresentatie :</i> Zij hebben een vermijndende, onafhankelijke opstelling in sociale relaties.
<i>Ambivalent</i>	<i>Relationeel gestoord:</i> Kinderen die tijdens het eerste levensjaar konden beschikken over een vaste en goede verzorger, maar waarbij deze relatie werd verbroken, hebben grote moeite met het leggen en vasthouden van relaties. Zij klampen afwisselend vast aan een verzorger of partner, en weren hem of haar af.	<i>Gepreoccupeerde gehechtheidsrepresentatie:</i> Zij hebben de neiging tot afhankelijk en aandachttrekkend gedrag.

3. Wat zijn de gevolgen van een niet goed verlopen hechting voor de adolescent?

3.1. Inleiding

Een onveilige hechting heeft nadelige gevolgen voor de ontwikkeling van de adolescent op de gebieden van de sociaal-emotionele ontwikkeling, de zelfwaardering en de cognitieve ontwikkeling. Jongeren met een hechtingsstoornis kunnen zich eerder eenzaam voelen, slechte schoolresultaten hebben en zij ontwikkelen eerder crimineel gedrag dan jongeren met een veilige hechting. Ik schets de gevolgen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling en voor de cognitieve ontwikkeling. Daarna ga ik in op de opvoedingsproblemen die deze jongeren laten zien.

3.2 Sociaal emotionele ontwikkeling

Bij de vroeg-adolescentie hoort het proces van losmaking van de ouders. Afweren en zoeken van nabijheid is een normaal verschijnsel bij dit proces. Veel onveilig gehechte jongeren vertonen dit gedrag altijd al uit onmacht, in de ontwikkelingsfase van de vroeg adolescentie wordt dit gedrag versterkt. Dit is de reden waarom een pleeggezinplaatsing van deze jongeren vaak mislukt. De jongere kan de nabijheid van de pleegouders niet aan. De jongere die onveilig gehecht is, heeft te maken met problemen als eenzaamheid, angst, sociaal isolement. Deze jongeren wensen wel nabijheid van anderen maar ze kunnen deze niet aan.

Deze jongeren weten niet wat het is om duurzaam met iemand verbonden te zijn, iemand die altijd beschikbaar voor je is en waarmee je een intieme relatie hebt. Deze jongeren hebben lichamelijke geborgenheid gemist. Als je als kind niet bent gekoesterd, getroost, dan heb je niet geleerd hoe je met je emoties moet omgaan. Daardoor komt het voor dat emoties worden geuit in teruggetrokken of agressief gedrag. Deze jongeren hebben geen grip op hun eigen emoties en daardoor hebben zij geen grip op de wereld. Zij hebben niet een langdurige, stabiele relatie gehad met een belangrijk persoon waarvan zij het gevoel meekregen dat zij er toe deden. Deze jongeren kunnen heel onbegrensd omgaan met relaties.

Bij een onveilige hechting waarbij sprake is geweest van verwaarlozing en mishandeling zijn de verwachtingen van een kind van zichzelf en anderen negatief: 'ik deug niet'; 'ik ben niets waard'; de ander zal wel niets van mij willen weten en niets voor mij willen doen.'

3.3 Cognitieve ontwikkeling

Tijdens de adolescentie wordt het cognitieve vermogen verder ontwikkeld.

Ouders of opvoeders geven de jongere informatie over de relatie tussen zijn gedrag en de reactie van anderen. Bij een sensitieve opvoeding door een veilige, steeds beschikbare opvoeder, integreert de jongere de emoties die bij het gedrag horen. Hij ontwikkelt normen. Hij kan verbanden zien, problemen oplossen en naar zichzelf kijken. (Erikson 1963) Het blijkt dat jongeren met een onveilig verlopen hechting cognitief achter lopen. Zij zijn vaak slecht in staat om informatie te integreren en om abstracties te maken. Zij kunnen zichzelf evalueren maar zij maken het algemeen. Bij een slechte prestatie zal deze jongere snel van zichzelf denken dat hij slecht is. Deze denkwijze kan een depressie tot gevolg hebben.

3.4 Opvoedingsproblemen bij jongeren met een ambivalent onveilige hechting

Deze jongeren stellen zich vaak afhankelijk of passief op. Ze gaan niet snel zelf op onderzoek uit. Deze jongeren verwachten veel van hun opvoeders, maar eigenlijk kunnen de opvoeders het in hun ogen nooit goed doen. Het is een kwestie van aantrekken door veel zorg en aandacht te vragen en afstoten door negatief gedrag. Voor opvoeders is dit gedrag heel zwaar om mee om te gaan. De valkuil voor opvoeders is vaak dat zij snel toegeven aan deze

jongeren of dat het gedrag irritatie oproept. Het gedrag van de jongere kan dan nog erger worden en zich bijvoorbeeld uiten in agressie naar anderen of naar zichzelf. Jongeren met een ambulant onveilige hechting kunnen moeilijk een reëel beeld vormen van iemand. Ze kunnen moeilijk begrijpen dat iemand zowel goede als slechte eigenschappen heeft.

3.5 Opvoedingsproblemen bij jongeren met een vermijdend onveilige hechting .

Deze jongeren stellen zich vooral heel onafhankelijk en afstandelijk op. Zij stralen uit dat zij geen opvoeder nodig hebben. De jongeren gedragen zich vaak redelijk omdat ze niet willen opvallen en het liefst hebben dat een opvoeder afstand houdt. Dit kan een valkuil voor de opvoeder betekenen omdat hij denkt dat alles oké is met de jongere. De jongere kan zich echter wel degelijk heel gespannen en verdrietig voelen. Omdat de jongere deze emoties niet kan uiten, vertoont hij afleidend gedrag zoals agressie, middelengebruik, seks. Dit soort gedrag leidt tot afwijzing door de opvoeders, precies wat de jongere verwacht.

De jongeren zoeken contact met de opvoeders wanneer ze iets nodig hebben, niet vanwege de relatie. Sociale beloningen en straffen van opvoeders hebben weinig emotionele betekenis bij deze jongeren, materiële beloningen en straffen wel. Deze jongeren kunnen zich slecht inleven in anderen. Zij kunnen daardoor ongeremd agressief zijn naar anderen en het is moeilijk om hen de gevolgen hiervan te laten inzien.

4. Behandeling van adolescenten met een hechtingsstoornis

4.1 Inleiding

In de literatuur heb ik gezocht naar de behandeling van adolescenten met een hechtingsstoornis. Ik heb twee vormen van therapie gevonden die speciaal gericht zijn op adolescenten met een hechtingsstoornis. *Fasetherapie* is erop gericht om de gemiste ervaring van nabijheid uit het verleden te herstellen. De jongere krijgt alsnog de aandacht, liefde, waardering die hij vroeger heeft gemist. Hierdoor krijgt hij meer zelfvertrouwen en ontstaat een bredere basis voor zijn verdere ontwikkeling. Het *sociaal competentie model* wordt gebruikt binnen een residentiële instelling om de adolescent vaardigheden in het hier en nu aan te leren. In het sociaal competentie model is een speciale benadering van hechtingsgestoorde jongeren geïntegreerd. Jongeren met een hechtingsstoornis kunnen namelijk wel sociaal gewenst gedrag aanleren, maar zij voelen daar niets bij en gebruiken het gedrag zoals het hen het beste uitkomt. De speciaal op de soort hechtingsstoornis gerichte benadering door de groepsleiders (of andere opvoeders) is de helpende factor.

4.2 Fasetherapie

Anniek Thoomes-Vreugdenhil¹⁰ is gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Zij werkt met kinderen in een residentieel jeugdhuis, pleeg- en adoptiekinderen die verwaarlozingsproblematiek hebben. Zij heeft in haar dagelijkse praktijk de fasetherapie ontwikkeld en hierover gepubliceerd. De fasetherapie wordt in Nederland veel toegepast bij kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis.

Vaak wordt psychotherapie volgens het cliënt centered model¹¹ gebruikt bij jongeren met een hechtingsstoornis. Deze therapie is gericht op de processen van vertrouwen te ervaren en trauma's te verwerken. Er is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van psychotherapie op jongeren met een hechtingsstoornis. Hieruit bleek, dat er weliswaar groei en traumaverwerking ontstaat, maar dat de jongere nog niet in staat is om zich staande te houden in de samenleving en om relaties aan te gaan.

Adolescenten zijn bezig met het loslaten van ouders, het zoeken van een 'peer-group', het aangaan van intieme relaties. Veilig gehechte jongeren hebben in hun baby-, kleuter-, schoolkindfase ervaren hoe het is om binnen een veilige relatie te experimenteren.

Adolescenten met een hechtingsstoornis staan wat dat betreft met lege handen. Zij weten niet goed hoe aan te sluiten bij anderen en wie op te zoeken als ze een probleem hebben.

Het principe van de fasetherapie is, dat de jongere alsnog de gemiste ervaringen opdoet, zodat hij een basis vormt om zich verder te ontwikkelen.

¹⁰ Thoomes-Vreugdenhil, Anniek: Relationeel gestoorde jongeren
Een onderscheid in verwaarlozingsproblematiek en een behandelingsvoorstel
ISBN 90-313-3001-9, 1999

¹¹ Carl Rogers: Client Centered Therapy, its current practice, implications and theory (1951)

Zoals eerder beschreven, is het voor een goede ontwikkeling van belang dat een kind nabijheid van een beschikbare ouder ervaart. Bij verschillende leeftijdsfasen horen andere vormen van nabijheid. In de babytijd bestaat de nabijheid vooral uit lichamelijke aanraking: verzorgen, koesteren. In de peutertijd blijft de lichamelijke nabijheid bestaan maar in een andere vorm. Daarnaast krijgt het kind uitleg van de opvoeder over de indrukken die hij opdoet als hij zijn omgeving onderzoekt. Voor de basisschoolfase is nabijheid belangrijk en daarnaast het geven van rust, vriendschap, samen dingen doen. In de jong-adolescentie horen, naast eerder genoemde vormen van nabijheid, het belangstelling tonen en vertrouwen geven. Als een kind tijdens één van de genoemde fasen de nabijheid moet missen, betekent dit dat de ontwikkeling van het 'zelf' verstoord wordt. Het gemis blijft bestaan tijdens de volgende ontwikkelingsfasen, waardoor de ontwikkeling niet goed verloopt.

De grondgedachte van de fasetherapie is dat een kind of jongere alsnog de nabijheid ervaart, die hij ooit heeft moeten missen.

Fasetherapie is een langdurig proces, dat soms jaren in beslag neemt. De therapeut werkt samen met een 'co-therapeut'. Dit kan de mentor, pleegouder of ouder van de jongere zijn. Hierna volgt een beschrijving van de fasetherapie bij jong-adolescenten, waarin drie periodes te onderscheiden zijn.

In de eerste behandelperiode maakt de therapeut contact met de jongere door over concrete situaties te praten, zoals school. De jong-adolescent kan nog niet goed over gevoelens praten. Hij is nog te jong voor gesprekstherapie maar te oud voor speltherapie. Er wordt daarom wel gepraat maar tussentijds wordt er ook wat gedaan, zoals een dartspeel. De jongere hoeft dan niet steeds oogcontact te hebben met de therapeut. Er wordt zo op een laagdrempelige manier gepraat en er kan een begin van vertrouwen worden gemaakt. Als er voldoende basis is, zal de therapeut uitleggen wat de fasetherapie inhoudt en voorstellen dat zij daarmee zullen beginnen.

Tijdens de eerste behandelperiode wordt ook degene voorbereid die gaat meedoen met de fasetherapie. Dit kan de mentor van de groep zijn, waar de jongere woont, maar ook één van de ouders of pleegouders. Deze persoon, de co-therapeut, krijgt uitleg van de achtergrond en inhoud van fasetherapie. De co-therapeut zal drie á vier keer per week gedurende 10 minuten een opdracht met de jongere uitvoeren, het liefst op het tijdstip vlak voor het naar bed gaan. De opdrachten zijn vaak lichamelijk nabij en kunnen emoties oproepen bij de co-therapeut. De therapeut bespreekt met de co-therapeut wat de informatie bij hem oproept en of hij denkt het te kunnen doen. Roept het weerstand op of brengt het herinneringen terug van eigen ervaringen?

In de tweede behandelperiode legt de therapeut uit dat kinderen iemand nodig hebben die dichtbij is en die voor hen zorgt, meestal de ouder. De therapeut verdeelt een papier vertikaal met een lijn. Hij vraagt de jongere om op te noemen wat een baby volgens hem aan verzorging nodig heeft. Als de jongere zelf niet op antwoorden komt, helpt de therapeut hem mee. De antwoorden schrijft hij aan één kant van het papier. Voorbeelden van antwoorden zijn: fles geven, luier verschonen, in de arm houden, troosten, voorlezen, spelen. Achter deze antwoorden wordt genoteerd hoe de jongere denkt dat de baby zich zal voelen, als hij deze verzorging krijgt. Bijvoorbeeld kan genoemd worden; blij, veilig, tevreden, vrolijk. Aan de andere kant van het papier komt te staan, hoe de jongere denkt dat de baby zich zal voelen als hij die verzorging niet krijgt. Bijvoorbeeld: bang, hongerig, verdrietig, alleen.

De therapeut legt uit dat er veel jongeren zijn die zo zijn opgegroeid en die zich zo voelen. Hij vertelt dat er iets aan gedaan kan worden, namelijk door in therapie alsnog nabijheid te

ervaren. Er wordt met de jongere besproken aan welke kant van de lijn hij heeft gestaan als baby. De jongere neemt het schema mee naar huis en bespreekt het met de co-therapeut. Op deze manier wordt duidelijk of de jongere het heeft begrepen en zo is de jongere bewust met de therapie bezig.

Tijdens de tweede behandelperiode gaat de jongere wekelijks naar therapie en door de week voert de co-therapeut de therapie uit. Concreet kan dit er zo uitzien: de co-therapeut brengt de jongere naar bed en leest dan een verhaaltje voor, wat ook aan baby's kan worden voorgelezen. De co-therapeut kan naast de jongere zitten en als de jongere dit prettig vindt, zijn arm om hem heen slaan. In de therapiesessie wordt gepraat over de ervaring met de nabijheid van de co-therapeut. De bedoeling is dat de jongere zich bewust is van wat de fasetherapie bij hem oproept. Als de jongere de nabijheid goed kan hebben en het prettig vindt, wordt de fase afgesloten met het maken van een collage over hoe de jongere het heeft gevonden. Na een rustperiode begint de therapeut met een lijstje over de peuterperiode en zal de co-therapeut nabijheidsmomenten met de jongere hebben die passen bij een peuter. De therapie gaat verder met de basisschoolfase en de adolescentie.

De laatste behandelperiode is gericht op de toekomst. Misschien blijft hij bij zijn ouders wonen en richt hij zich op het losmaken van de ouderlijke banden en het vormen van een nieuwe relatie met zijn ouders. Hierbij komen gezinsregels, omgang met de gezinsleden en intimiteit aan de orde. Misschien gaat de jongere van een groep naar een pleeggezin, of begeleid zelfstandig wonen. Een ander centraal thema is de zelfwaardering van de jongere. Wat vindt de jongere van zichzelf, hoe denkt hij dat anderen over hem denken en hoe ziet hij zijn relatie met leeftijdsgenoten. Bij dit thema wordt gewerkt aan interacties in sociale situaties.

Thoomes heeft de fasetherapie toegepast bij kinderen en jongeren met een ambivalent onveilige hechting en zij heeft daar goede resultaten mee bereikt. De behandeling wordt inmiddels al vijftien jaar toegepast, waar helaas geen cijfers van zijn bijgehouden. Wel is bekend van de eerste 60 jongeren die zij heeft behandeld, dat 51 behandelingen goed zijn verlopen¹². Bij deze jongeren is het doel behaald, dat zij nabijheid die bij hun leeftijd past kunnen verdragen en angst en wantrouwen geen sociale belemmering meer is. Ook werd het tweede doel behaald, dat hun stemming is verbeterd.

Bij jongeren met een afwerend onveilige hechting heeft zij gezien dat de therapie ook geschikt is, mits er aan een andere voorwaarde is voldaan. Afwerend gehechte kinderen maken namelijk geen onderscheid tussen volwassenen. Zij kunnen in het algemeen geen onderscheid maken, zelfs niet in zintuiglijke waarnemingen of in wat bij henzelf hoort en wat bij anderen. Zij missen het vermogen om te differentiëren. Voor deze kinderen is het nodig dat zij eerst differentietherapie volgen. Dit kan gedeeltelijk samen opgaan met de fasetherapie. Omdat differentietherapie vooral voor jongere kinderen is, behandel ik dit verder niet in mijn essay. Het wordt wel uitgebreid beschreven in de door mij genoemde literatuur¹³.

De fasetherapie is vooral gericht op jongeren die problemen hebben om relaties aan te gaan en deze vast te houden. Ik teken aan dat veel jongeren mogelijk niet direct gemotiveerd zijn voor deze therapie. Het kost veel tijd en jongeren kunnen de therapie thuis 'stom' vinden. Het is belangrijk om vol te houden en aan te geven dat het weliswaar raar lijkt om voor baby te spelen, maar dat het natuurlijk niet echt is en dat het steeds maar voor tien minuten is. Ook mogen de jongeren zelf meedenken over wat er tijdens de tien minuten wordt gedaan. Alleen

¹² Zie 13

¹³ Thoomes-Vreugdenhil, A., *Behandeling van hechtingsproblemen*, 2006
Bohn Stafleu van Loghum, ISBN 90 313 4625 X

voorlezen of een verhaaltje vertellen, wel of niet vasthouden. Na een tijdje vinden jongeren het meestal heel prettig om de aandacht te krijgen.

4.3 Sociaal competentie model

4.3.1 inleiding

De OG Heldringstichting is een inrichting voor residentiële behandeling van jongeren met ernstige orthopsychiatrische problemen. De jongeren die zijn opgenomen hebben problemen met ouders en opvoeders, zij hebben geen vertrouwen en accepteren geen gezag. Hierdoor wordt het effect van de behandeling negatief beïnvloed. Veruit de meeste jongeren die zijn opgenomen binnen de OG Heldringstichting hebben een hechtingsstoornis. Voor de behandeling wordt gebruik gemaakt van het sociaal competentie model. De behandeling is gericht op het aanleren van vaardigheden en het vergroten van competenties, maar ook op het verminderen van probleemgedrag. De problematiek van de jongeren wordt integraal aangepakt, dat wil zeggen dat de hele leefomgeving van de jongeren bij de behandeling wordt betrokken. Naast de algemene behandeling krijgen de jongeren een aanvullende behandeling, gericht op hun persoonlijke problematiek. Dit kan bijvoorbeeld agressieregulatie-training zijn of gezinsmaatschappelijk werk.

4.3.2.1 De behandeling toegespitst op hechtingsstoornissen

Binnen de inrichting is een onderzoek¹⁴ uitgevoerd naar de verwevenheid van hechtingsstoornissen in het gedrag en hoe daarop kan worden geanticipeerd in de behandeling. Van IJzendoorn e.a.(2005) gaan er van uit dat, hoezeer een jongere ook contact afwijst en agressief, zelfstandig of irritant gedrag laat zien, deze feitelijk met een enorm probleem rondloopt, namelijk eenzaamheid en behoefte aan sensitief contact. Dit is de gevoelige snaar van de jongeren, waar de begeleiders op inspelen. De begeleiders volharden in het contact zoeken, begeleiding bieden, ook als de jongere het contact probeert te vermijden of te verspelen. De begeleiders stimuleren de zelfredzaamheid van jongeren die zich heel afhankelijk opstellen.

4.3.2.2 de begeleiding als veilige haven

Wil een jongere bereid zijn om regels en advies aan te nemen van de begeleiders, dan zal hij deze begeleiders eerst moeten leren kennen en vertrouwen. Het is daarom van belang dat de jongere de leefgroep, om te beginnen de begeleiders, als een veilige haven gaat beschouwen. Een jongere met een vermijdende hechting denkt op niemand te kunnen vertrouwen dan zichzelf. Hij denkt dat niemand hem de moeite waard vindt. Zo'n jongere zal de begeleider heel wantrouwend bezien en zal gedrag laten zien alsof het lijkt dat hij alleen beter af is. De jongere zal zich beter gaan gedragen als de begeleider afstand houdt. De kunst voor de begeleider is dan toch vol te houden en te blijven benadrukken dat de jongere het waard is dat er voor hem wordt gezorgd. De veilige basis is de betrokken volwassene die zegt: jij hoeft niet alles zelf te doen. Het beoogde effect op de jongere is dat deze vertrouwen krijgt in een volwassene en zaken zal willen aannemen. (wijze raad, regels).

Een jongere met een ambivalente hechting zal de aangeboden hulp gretig accepteren en het liefst alles aan de begeleider overlaten. Het zal bij hem niet snel genoeg zijn. De begeleider moet hier zijn grens trekken en de jongere stimuleren om zelf te handelen. De

¹⁴ IJzendoorn van, R., Schuengel, C., Venmans, J., Zegers, M.: Onderzoek, diagnostiek en methodiek bij de gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren. 9789066657175, 2005

veilige basis is de stimulerende begeleider die zegt: jij kan het zelf. Het beoogde effect is dat de jongere vertrouwen krijgt in zichzelf en dat de relatie met de mentor verandert van grenzenloos vragen naar het accepteren van begrenzing en coaching.

Hulpverlening waarbij de begeleider en de jongere voor langere tijd aan elkaar zijn gekoppeld, vraagt heel veel van de persoonlijkheid van de begeleider. De jongere zal, al naar gelang zijn type onveilige hechting, een enorm beroep doen op de begeleider, vaak in negatieve zin. De mentor heeft zijn eigen gehechtheidsstrategie, ook al is deze niet doorgeslagen naar een hechtingsstoornis, kan deze wel kenmerken hebben van vermijdende of ambivalente hechting. Het is belangrijk dat de mentor zich van zijn eigen gehechtheidsstrategie bewust is. Onbewust reageer je namelijk vanuit je eigen strategie op het gedrag van deze jongeren. Hiermee kan je juist hun verwachtingspatroon bevestigen, dat zij van jongs af aan hebben opgebouwd. De kunst is om die verwachting te doorbreken. Een jongere 'vraagt' om afwijzing maar heeft acceptatie nodig. Een goede supervisie is erg belangrijk hierbij.

4.3.2.3 de leefwereld als veilige haven

Jongeren zullen de begeleiders als een veilige basis moeten gaan zien, maar eigenlijk zal hun hele leefwereld uiteindelijk veilig moeten voelen. Om te beginnen is het belangrijk dat binnen de leefgroep een veilig klimaat heerst. Dit kan bereikt worden door een voorspelbaar klimaat voor de dagelijkse omgang. Helpend hierbij zijn de richtlijnen vanuit de Browndale-methodiek¹⁵. Bij deze richtlijnen wordt onderscheid gemaakt tussen routines, limieten en ankerpunten.

Routines zijn zaken die iedere dag door moeten gaan, in een zo goed mogelijke sfeer. Het gaat dan om eten, slapen, school, persoonlijke verzorging. Een jongere heeft daar recht op, ook als zijn gedrag niet goed is. Het is onvoorwaardelijke zorg en de jongere krijgt hiermee de boodschap dat hij het waard is om goed verzorgd te worden, hij hoeft dit niet te verdienen en het is niet afhankelijk van het humeur van de verzorger of begeleider.

Bij limieten gaat het om dingen die juist niet mogen. Een jongere mag zichzelf of iemand anders geen letsel of schade toebrengen, dit gedrag moet direct worden gestopt. Hiermee worden de jongere zelf en anderen beschermd. Het geeft een veilige basis als de jongere weet dat er op de veiligheid van hem en anderen wordt gelet.

Ankerpunten zijn vormen van gedrag die buiten de huisregels vallen, maar waarmee de jongere geen limiet overschrijdt. Het kan gaan om te laat thuis komen, niet mee willen werken aan corvee of schelden. De jongere laat met dit gedrag zien dat hij ergens mee zit. Hij protesteert of lokt een reactie uit want hij wil eigenlijk aandacht. Het is voor de begeleider belangrijk om na te gaan of de jongere wil praten of wil onderhandelen. Het is beter om de huisregels even terzijde te stellen en te proberen met de jongere in contact te komen, dan rigide de regels te handhaven. De jongere zal dan misschien zijn gedrag beteren maar hij leert dan dat er voor hem geen speciale aandacht is.

Deze richtlijnen kunnen ook worden toegepast binnen een (pleeg)gezin. Het geeft de (pleeg)ouder overzicht in welke situaties hij wel of niet handelend moet optreden. Voor de jongere geven deze richtlijnen een voorspelbaar klimaat. Hij leert dat de (pleeg)ouder het beste met hem voor heeft, door ongeacht zijn gedrag zorg te bieden. Hij wordt beschermd voor zijn eigen agressie of die van anderen. Als hij het moeilijk heeft, is er ruimte en aandacht voor hem en wordt er rekening met hem gehouden.

¹⁵ <http://www.jeugdwerknet.nl/download/browndale.doc>

4.3.3 Doorbreken van verwachtingspatronen, vervangen van kerncognities

Jongeren met een hechtingsstoornis hebben cognitieve regels ontwikkeld waarmee zij zich zelf proberen te beschermen tegen teleurstellingen. Zij gaan er bij voorbaat van uit dat zij toch niet belangrijk zijn, dat anderen hen niet zullen helpen en dat mensen niet te dichtbij moeten komen omdat ze toch weer weggaan. Door deze gedachtegangen worden de jongeren belemmerd in hun ontwikkeling want zij durven geen mensen toe te laten, geen nieuwe dingen te proberen.

Jongeren met een vermijdende onveilige hechting doen zich vaak stoer en zelfstandig voor. Ook kunnen zij een geïdealiseerd beeld van hun voorgeschiedenis neerzetten of doen alsof alles wel meeviel. Zij stralen het beeld uit dat zij geen hulp nodig hebben en zij lokken hiermee uit dat een begeleider zal afhaken. Juist bij deze jongeren zal een begeleider moeten volhouden, omdat anders de foutieve gedachtegang wordt bevestigd en niet gecorrigeerd. Jongeren met een ambivalent onveilige hechting hebben negatieve beelden en verwachtingen afgewisseld met positieve, onrealistische verwachtingen. Deze jongeren vertonen haast gelijktijdig tegenstrijdig gedrag naar een mentor. Ze verwachten heel veel zorg en de mentor kan het nooit goed genoeg doen. Voor de begeleiding is het belangrijk dat zij deze jongeren een realistisch beeld aanleren en veel een beroep doen op hun eigen mogelijkheden.

4.3.4 Ondersteunend netwerk

Tijdens de plaatsing van jongeren in de instelling, is het van belang om aandacht te schenken aan hun netwerk buiten de instelling: ouders, andere familie, pleegouders, leerkrachten, vrienden. Ondersteunende personen uit dit netwerk zijn diegenen die (mogelijk) een veilige basis aan de jongere kunnen bieden. Daarnaast zijn er ook personen die een rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van de onveilige gehechtheidsstrategie. Zodra de jongere weer meer met het eigen netwerk te maken krijgt, is het van belang de jongere en het netwerk te begeleiden om optimaal van de mogelijkheden van dit netwerk gebruik te maken. De negatieve invloed van leden van het netwerk dient te stoppen. Het netwerk kan een belangrijke rol spelen met het behalen en behouden van behandelresultaten.

4.4 Vooruitzichten

Ik heb gekeken of er cijfers bekend zijn over de resultaten van de behandeling bij de OG Heldringstichting. Er blijkt wel op gezette tijden (bij de plaatsing, na drie maanden, vlak voor vertrek) een vragenlijst te worden ingevuld, de Taken en Vaardighedenlijst Adolescenten (TVA). Aan de hand van deze lijst kunnen de competenties en vaardigheden van de jongeren worden gemeten. Het betreft dan competenties en vaardigheden op verschillende deelgebieden, zoals emoties, gedrag, drugsgebruik, school en werk, omgang met groepsgenoten. Ongeveer de helft van de jongeren heeft aan het eind van de behandeling vooruitgang geboekt op de meeste domeinen van de TVA. Het gaat dan om een kleine vooruitgang, maar het betekent wel dat ze niet meer in het 'klinisch gebied' scoren. Ik heb deze gegevens uit een onderzoek naar effectmeting bij instellingen¹⁶. Omdat 'hechting' niet als deelgebied werd genoemd, heb ik bij de onderzoeksleider nagevraagd er momenteel sprake is van een specifieke behandeling van jongeren met een hechtingsstoornis en wat er bekend is over het effect van de behandeling van jongeren met een hechtingsstoornis. Ik ontving het antwoord dat jongeren met hechtingsstoornis de basisbehandeling krijgen, eventueel met aanvullende therapieën en trainingen. Het effect daarvan wordt nog niet apart vastgesteld. Er wordt binnenkort een verdiepingsstudie gedaan om, aan de hand van de TVA,

¹⁶ Zicht op effectiviteit, een kijkje in de keuken van zeven instellingen voor jeugdzorg.
Prof.dr. Veerman, J.W. e.a. 2005-2007

te analyseren in hoeverre het behandelverloop en het eindresultaat verschilt tussen jongeren met verschillende stoornissen, waaronder de hechtingsstoornis.

Tot slot noem ik een longitudinale studie naar gehechtheidsrepresentatie (de wijze waarop een persoon zich gedraagt, voortvloeiend uit de aard van zijn hechting), waarbij kinderen zijn gevolgd van de babytijd naar volwassenheid. (Waters et al., 2000) In ongeveer 70 % van de gevallen correspondeerde de gehechtheidsrepresentatie van de volwassene met het type dat die persoon had als baby. In een aantal gevallen was de gehechtheidsrepresentatie onveiliger geworden. Dit kon worden toegeschreven aan tussentijdse gebeurtenissen zoals echtscheiding van de ouders. In een aantal gevallen was de gehechtheidsrepresentatie veiliger geworden. De oorzaken hiervan zijn echter niet onderzocht. Uit deze studie kan geconcludeerd worden dat de gehechtheidsrepresentatie geen vaststaand gegeven is maar een dynamisch proces dat vatbaar is voor positieve en negatieve beïnvloeding.

Een belangrijke vraag is, hoe definitief de gevolgen van een onveilige hechting zijn. Is er verandering mogelijk, en hoe kan het behandeld worden?

Volgens Bowlby (1984) zijn de hechtingservaringen bepalend voor zelfwaardering en zelfvertrouwen. Er is door andere onderzoekers veel kritiek geuit op deze stelling. Hechting is zeer belangrijk voor de ontwikkeling van een persoon maar het moet gedifferentieerd worden. Niet alle relatievormingen worden bepaald door alleen de hechtingsgeschiedenis. IJzendoorn (1994) concludeerde na onderzoek bij jonge moeders met hechtingsstoornissen dat de eigen hechtingsgeschiedenis niet altijd wordt herhaald in de opvoeding van kinderen.

Hechtingservaring hoeft niet bepalend te zijn voor het hele leven.

Kinderen waarin de hechting op jonge leeftijd is verstoord, hebben zich ooit gehecht: de mogelijkheden om te hechten zijn er. Kinderen die nooit een hechtingsrelatie hebben gehad, zijn wel *bereid* om zich te hechten, daarop kan behandeling aansluiten.

5. Samenvatting en conclusie

Ik ben begonnen met een wetenschappelijke kijk op de adolescentie en heb laten zien dat deze ontwikkelingsfase niet zomaar een roerige periode behelst, maar dat er flinke groei plaats vindt op cognitief en emotioneel niveau. De adolescentie verloopt voor iedere jongere anders en na de zichtbare fysieke veranderingen groeit de adolescent mentaal stapsgewijs verder tot ongeveer de 24-jarige leeftijd. De adolescentie verloopt veruit het vaakst zonder problemen.

Daarna heb ik uitgelegd wat hechting betekent en op welke manieren de hechting kan verlopen: veilig of onveilig. De onveilig verlopen hechting kan zo verlopen dat het kind vermijdsend of ambivalent zal zijn in het leggen van contact en het omgaan met relaties. Ook een gemengde vorm bestaat, de gedesorganiseerde onveilige hechting. Op deze vorm ben ik niet speciaal ingegaan omdat er in de literatuur die ik heb bestudeerd, geen aandacht aan werd besteed. Ik heb aangegeven op welke punten het speciaal tijdens de adolescentie scheef loopt met hechtingsgestoorde jongeren.

Vervolgens heb ik twee vormen van behandeling beschreven. Ten eerste de fasetherapie die vooral bij jongere adolescenten wordt gebruikt, al dan niet in combinatie met de differentietherapie. Deze vormen van behandeling zijn vooral gericht op het herstellen van wat er in de vroege jeugd is misgegaan. Ten tweede behandeling die binnen de OG Heldringstichting wordt gebruikt is het sociaal competentie model. Deze behandeling is niet speciaal voor hechtingsproblematiek maar heeft een speciale benaderingswijze voor de jongeren met een hechtingsstoornis. Het is een benaderingsvorm die niet alleen toegepast kan worden binnen de instelling, maar ook daarbuiten, als de jongere doorstroomt naar een pleeggezin of terug naar huis. Om die reden vind ik deze behandeling tevens bruikbaar als richtlijn voor de opvoeding door (pleeg-)ouders. Het onderzoek bij de OG Heldringstichting wees ook uit, dat het belangrijk is dat de opvoeder rekening houdt met zijn eigen gehechtheidsproces. Het opvoeden van hechtingsgestoorde jongeren doet een appel op je eigen gehechtheid. Het is belangrijk om daarop te kunnen reflecteren, bijvoorbeeld tijdens werkbegeleiding of ouderbegeleiding.

Ik heb tijdens het literatuuronderzoek voor dit essay veel gelezen over jongeren met een hechtingsstoornis die door probleemgedrag niet meer thuis kunnen wonen. Ik vond het hoopvol om te zien dat deze jongeren wel behandeld kunnen worden en dat de behandeling er steeds op is gericht om het contact met thuis te herstellen, zo mogelijk om de jongere weer thuis te laten wonen. Het vraagt veel van de opvoeders om om te gaan met deze jongeren. Een kenmerk van hechtingsgestoorde jongeren is, dat zij bevestiging zoeken voor hun idee dat ze niets waard zijn. Dit kan een erg onbevredigend, teleurstellend gevoel oproepen bij opvoeders. Het is heel belangrijk dat opvoeders gecoached worden of supervisie krijgen waarbij zij telkens op dit mechanisme van de jongeren worden gewezen, maar ook op de kleine signalen dat de jongeren de begeleiding en verzorging gaan accepteren. Alleen dan zijn opvoeders in staat om het vol te houden en vooruitgang te durven zien.

Bronvermelding

literatuur:

Delfos, Martine F.: Ontwikkeling in vogelvlucht: ontwikkeling van kinderen en adolescenten
ISBN 90-265-1567-7, 2002

IJzendoorn, R. van, Zegers, M, Schuengel, C., Venmans, J.: Onderzoek, diagnostiek en
methodiek bij de gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren.

ISBN 9789066657175, 2005

Onderzoek door OG Heldringstichting samen met de Universiteit van Leiden en de Vrije
Universiteit Amsterdam naar de problematiek rondom gehechtheid bij justitieel opgenomen
jongeren

Rygaard, Niels P. : Hechtingsstoornissen. Praktijkgericht therapiehandboek voor ernstige
hechtingsstoornissen bij kinderen. ISBN 978 90 6665 835 6, 2007

Thoomes-Vreugdenhil, Anniek: Relationeel gestoorde jongeren

Een onderscheid in verwaarlozingsproblematiek en een behandelingsvoorstel

ISBN 90-313-3001-9, 1999

Thoomes-Vreugdenhil, A., Giltaij, H., Hulzen, B.v., Schaeffer-van Leeuwen, K., Waal, J.d.:
Behandeling van hechtingsproblemen

ISBN 90 313 4625 X 2006

Internet:

<http://www.deknoop.org/articles.php?lng=nl&pg=81> (5 april 2009)

http://www.fsw.leidenuniv.nl/diesoratie_1.jsp (5 april 2009)

[http://www.nwo.nl/files.nsf/pages/NWOP_66JK3N/\\$file/NWO%20Spinozaboekje%202004.p
df](http://www.nwo.nl/files.nsf/pages/NWOP_66JK3N/$file/NWO%20Spinozaboekje%202004.pdf) (5 april 2009)

<http://www.dsmonline.nl/showtree.php?page=66601> (5 april 2009)

<http://www.jeugdwerknet.nl/download/browndale.doc> (11 april 2009)

Zicht op effectiviteit, een kijkje in de keuken van zeven instellingen voor jeugdzorg.

Prof.dr. Veerman, J.W. (Praktikon), dr Bijl, B. (PI Research), prof dr Yperen, T.v.

(Nederlands Jeugdinstituut), Ooms, H.M.C.M. (Collegio), drs Roosma, D. (Jeugdzorg
Drenthe) 2005-2007

Te downloaden op: www.jeugdinterventies.nl>servicepagina's>onderzoeksprojecten>project
zicht op effectiviteit (30 maart 2009)

Bijlage 1

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: Bea van 't Goor [mailto:b.v.t.goor@triasjeugdhulp.nl]

Verzonden: maandag 6 april 2009 16:29

Aan: Arianne Baanders

Onderwerp: effectmeting sociaal competentiemodel

Geachte mevrouw Baanders,

In verband met een opdracht voor mijn studie wil ik graag een vraag stellen over het effectonderzoek dat wordt gedaan bij de OG Heldringstichting en een eerder onderzoek.

In 2005 is er onderzoek gedaan naar de behandeling van jongeren met ernstige hechtingsproblematiek binnen de OG Heldringstichting. Dit onderzoek werd uitgevoerd door prof. IJzendoorn e.a.

Is er momenteel nog sprake van een specifieke behandeling van jongeren met een hechtingsstoornis?

Is er dan sprake van een speciaal programma voor jongeren met een hechtingsstoornis of is de behandeling van deze jongeren geïntegreerd in het sociaal competentiemodel?

Wat is bekend over het effect van de specifieke behandeling/ benadering van jongeren met een hechtingsstoornis?

Is het resultaat van deze behandeling meegenomen in het effectonderzoek?

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw reactie.

Met vriendelijke groet,

Bea van 't Goor

pleegzorgwerker / student Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Onderwerp: RE: effectmeting sociaal competentiemodel

Van: "Arianne Baanders" <a.baanders@ogheldring.nl>

Datum: Di, 28 april, 2009 8:43 am

Aan: "Bea van 't Goor" <b.v.t.goor@triasjeugdhulp.nl>

Beste Bea,

Alle jongeren op de OGH krijgen dezelfde basisbehandeling, volgens het sociaal competentiemodel, dus ook jongeren met hechtingsstoornis.

Daarnaast kunnen individuele jongeren aanvullende therapieën en trainingen krijgen. Het effect daarvan zou apart vastgesteld moeten worden. Dat gebeurt nog niet. Wij voeren alleen nog effectonderzoek uit aan de hand

van de TVA-vragenlijst (Taken en Vaardigheden van Adolescenten, die competenties meet) en de CBCL en YSR (die gedragsproblemen meet). Binnenkort ga ik wel een verdiepingsstudie doen om, aan de hand van TVA-data, te analyseren in hoeverre het behandelverloop en het eindresultaat verschilt tussen jongeren met verschillende stoornissen. Daarin wordt ook reactieve hechtingsstoornis onderscheiden. Voorlopig kan ik dus weinig voor je betekenen.

Met vriendelijke groet,

Arianne Baanders
wetenschappelijk onderzoeker
OG Heldring, Zetten
tel. 0488 - 471131
e-mail: a.baanders@ogheldring.nl

Bijlage 2

Illustratie

Een meisje had tot haar vijfde jaar afwisselend bij haar mishandelende moeder, verslaafde vader, familieleden, moeder & kind opvang gewoond. Daarna woonde zij gedurende twee jaar in twee pleeggezinnen waar zij vanwege gedragsproblemen niet te handhaven was. Ze was sadistisch met dieren, daagde de pleegbroers sexueel uit en schold de burens, die net een baby hadden verloren uit: 'net goed' Zij ging naar een leefgroep van een instelling. Daar zag zij kans om 's-avonds uit haar slaapkamerraam te klimmen en andere kinderen op het grote terrein op te zoeken. Dit meisje had geleerd om zichzelf en haar broertje te beschermen tegen haar moeder. Zij was allergisch voor corrigerende aanwijzingen en wilde nergens mee geholpen worden. Haar haar leek wel een ravennest, haar kleding was altijd vies en haar speelgoed altijd stuk. Zij vertelde dat zij alles zelf kon, zelfs koken en strijken.

Toen zij acht jaar was kwam zij in een therapeutisch gezinshuis wonen, hier werd dag en nacht op haar gelet en voor haar gezorgd. Met fluwelen handschoentjes ging haar vaste verzorgster met haar om. Regelmatig moest deze verzorgster het ontgelden: haar kast werd geplunderd, er werd een val voor haar gezet, tijdens boze buien kreeg ze de meest onaangename verwensingen naar het hoofd. Als de verzorgster het meisje iets wilde laten doen, bijvoorbeeld tandenpoetsen, was haar standaard antwoord 'nee', de standaard reactie was weglopen en verstoppert. Als andere kinderen gecorrigeerd werden, trok zij partij voor hen en probeerde ze een bondje te vormen tegen de volwassene.

Met veel geduld en creativiteit en veel ondersteunende gesprekken van de staf wist de verzorgster het vertrouwen te winnen van het meisje. Het meisje wilde nu graag op schoot zitten, liet zich verzorgen en matigde haar verzet. Zij toonde wederkerigheid door het voor de verzorgster op te nemen als deze werd beledigd door een ander kind.

Het was een prille verandering. Eens vertelde zij van misbruik door de pleegbroer van vroeger. Er werd aangifte gedaan en pas nadat een tweede slachtoffer zich meldde, werd de dader aangepakt. In de jaren die volgden, ging het op en neer. Op school was zij eenzaam, al had zij de grootste verhalen over vechten op het schoolplein met de jongens.

Toen dit meisje in de puberteit kwam, had zij wekelijks een ander vriendje. Zij woonde inmiddels in een gezinshuis voor jongeren. Haar verzorgster van destijds had contact gehouden door weekendpleegmoeder van haar te worden. Het speelse meisje van weleer veranderde in een stugge puber die maar mondjesmaat vertelde wat haar bezighield. Er waren maar weinig activiteiten die haar konden boeien, toch zei ze dat ze graag iedere maand kwam logeren. Over een contact via internet met een pedofiel loog zij glashard. Zij werd door de orthopedagoog van het gezinshuis naar therapie gestuurd. Een keer zag het meisje haar weekendpleegmoeder huilen en toen legde ze uit dat zij in therapie moest omdat zij nooit huilt. Tijdens de periode van therapie had het meisje wisselende stemmingen, ze hilde soms thuis, soms was ze boos. Op haar eigen verzoek is de therapie afgebroken, zij vond het te moeilijk. Inmiddels is het meisje zeventien. Zij heeft sinds een jaar hetzelfde vriendje. Een aardige, gewone jongen. Ze zijn dol op elkaar. Hij overstelpt haar met aandacht en zij neemt het welwillend, haast vanzelfsprekend aan. Het meisje lijkt ontدووت. Ze toont meer belangstelling voor anderen in haar omgeving. Voor het eerst is ze spontaan met dankjes en kusjes en aardige berichtjes. Na vele kille jaren komt het over als warme gulheid van haar. Het is alsof zij zich eindelijk geaccepteerd voelt en genoeg liefde krijgt om wat terug te kunnen geven.

