

# Werkstuk over hechting en hechtingsstoornissen bij kinderen

Toen ik de opdracht kreeg om een taak te maken omtrent een onderwerp dat behoort tot de inhoud van het vak psychopathologie, kwamen er verschillende zaken in me naar boven zoals persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie, borderline en dergelijke meer. Maar toch sprak 'hechting en hechtingsstoornissen bij kinderen' mij het meest aan.

Ik herinnerde me dat ik hier reeds een deel over gezien had tijdens de lessen psychopathologie gedurende mijn opleiding orthopedagogie, het onderwerp wekte mijn interesse en ik wou er graag meer over weten.

Eén van mijn motivatieredenen is dat ik later in mijn functie als sociaal verpleegkundige graag met kinderen wil werken en het dus belangrijk vind dat ik op de hoogte ben over stoornissen die op kinderleeftijd kunnen voorkomen. Om zo nodig signalen te herkennen, er op een adequate wijze mee om te gaan en eventueel aan een correcte doorverwijzing te doen.

Tot hier mijn kort voorwoord, vervolgens ga ik het hebben over wat hechting juist is; het verband tussen (on)veilige hechting en ouderlijke zorg; risicofactoren voor een onveilige hechting; de gevolgen van een (on)veilige hechting met de verschillende gedragspatronen; hechtingsstoornissen in de hulpverlening, de behandeling en een eventueel herstel van de hechting.

## **1. Wat is (veilige) hechting?**

Volgens Bowlby, pionier van de attachmenttheorie, is hechting een biologisch gefundeerde nabijheidsbehoefte tussen kind en moeder. Deze hechting beschermt het kind tegen de wrede natuur en staat in functie van het overleven. Bowlby beschouwde de moeder-kind relatie slechts als een model van de hechtingsrelatie. Hij stelde dat in principe elke volwassene een geschikte

hechtingsfiguur voor het kind kan zijn. Ook in deze opdracht ga ik van dit standpunt uit. Bowlby stelt dat voor het ontstaan van een goede hechting het vooral van belang is dat er continuïteit is in de verzorging, met tenminste één vaste opvoeder voor het kind.

In de ontwikkelingspsychologie<sup>1</sup> beschrijft men hechting als een wederkerige en diepgaande emotionele relatie tussen jonge kinderen en één of meer volwassenen. De band is van die aard dat het kind hen opzoekt voornamelijk als het zich onbehagelijk voelt; voor hen geen angst toont, vooral in het stadium dat vreemden wel angst oproepen; zeer ontvankelijk is voor hun liefkozingen en angst vertoont als het van hen gescheiden wordt. Binnen een gehechtheidsrelatie geeft het kind blijk van twee complementaire gedragstendensen. Enerzijds heeft het de neiging om de nabijheid te zoeken van degene aan wie het gehecht is en anderzijds de neiging om zich van die figuur te verwijderen om de omgeving te exploreren. Een gehechtheidsrelatie wordt als 'goed' of 'veilig en geborgen' beschouwd als beide tendensen min of meer in evenwicht zijn. Hechting vereist de fysieke en emotionele beschikbaarheid van zowel kind als ouder. Het is de basisvoorwaarde voor een gezonde, sociaal-emotionele, verstandelijke en motorische ontwikkeling.

Hoewel een baby reeds de stem en de borst van zijn eigen moeder prefereert, gaat een consequente voorkeur voor een beperkt aantal specifieke zorgfiguren zich pas op de leeftijd van 7 tot 9 maanden uiten. Volgens Mahler<sup>2</sup> maakt de baby namelijk eerst een non-differentiatie door voordat hij zich verschillend van de ander kan beleven en zichzelf kan hechten aan een hechtingspersoon. Volgens

---

<sup>1</sup> In bijlage kan je de normale ontwikkeling van gehechtheid terugvinden in schema gezet.

<sup>2</sup> Margaret MAHLER is een Amerikaanse psychoanalyticus die belangstelling heeft voor de ontwikkeling van het jonge kind. Meer bepaald heeft zij de relatie moeder-kind bestudeerd. Margaret Mahler maakt een onderscheid tussen de biologische geboorte en de psychische geboorte.

haar komt eerst de 'autistische-symbiotische fase (0-5 maanden): de zuigeling leeft autistisch, in zichzelf verzonken en de moeder bestaat nog niet als een afzonderlijk persoon waar het kind zich bewust van is. Er is nog geen grens tussen ik en niet-ik.

Vervolgens onderscheidt zij de **differentiatiefase** (5-10 maanden): het kind begint te experimenteren en begint de moeder van anderen te onderscheiden. Angst voor vreemden is een hier een duidelijk teken van (seperatieangst).

Daarna komt de **oefenfase** aan bod (10-18 maanden): er is een evenwicht tussen gehechtheid en exploratie, het kind komt meer en meer los van zijn moeder.

**Toenaderingsfase** (18-22 maanden): het kind leert de scheiding van de moeder te verwerken door naar andere volwassenen toe te gaan (sociale interacties). Dus doordat het kind zich meer bewust wordt van zichzelf als losstaand van de moeder (individuatie), ontstaat het zelfbewustzijn.

Bij het begin van het derde levensjaar; dankzij onder andere de ontwikkeling van de spraak, ontstaat er bij het kind een **doelgecorrigeerde partnerschap** tussen moeder en kind. Dit wil zeggen dat de peuter in toenemende mate in staat is om kortdurende scheidingen van de hechtingsfiguur te doorstaan. Dit vermogen ontstaat door de ontwikkeling van een interne representatie van het beeld van deze figuur of de ontwikkeling van een werkmodel. De interne representaties zijn georganiseerde mentale voorstellingen gebaseerd op het beeld dat het kind verworven heeft van de wereld en zijn plaats daarin.

De werkmodellen van hechting en van het zelf komen tot stand doorheen de interactie van het kind met de hechtingsfiguur en gaan terug op een aantal fundamentele ervaringen van vertrouwen, geborgenheid en welbevinden. Ze zijn dus afhankelijk van de wederzijdse harmonieuze afstemming op elkaar van hechtingsfiguur en kind. Het zijn actieve constructen die later nog moeilijk

bijgestuurd kunnen worden vermits ze buiten het bewustzijn om, actief zijn en weerstandig zijn aan grote veranderingen.<sup>3</sup>

Een veilig gehecht kind reageert op verlies of verstoring van een significante relatie met woede, acuut verdriet, huilbuien, angst en opstandig gedrag. Het kind kan pogingen tot troost afweren, kan op zoek gaan naar de 'verloren' ouder en ervaart een intens verlangen naar diens aanwezigheid. Een afgesneden eerste hechting kan voor een veilig gehecht kind betekenen dat het zich daarna angstig hecht aan anderen.

## **2. De hechtingstheorie en de meting van kwaliteit van hechting.**

De hechtingstheorie van Bowlby, die hiervoor reeds ter sprake kwam, erkent dat de ervaringen van jonge kinderen in interpersoonlijke relaties cruciaal zijn voor hun psychologische ontwikkeling met andere woorden deze relaties zijn een even belangrijk onderdeel van de ouderlijke zorg als het verstrekken van voedsel, structuur en verzorging.

De meting naar kwaliteit van hechting gebeurde voor het eerst door Mary Ainsworth tijdens het 'vreemde situatieonderzoek' (strange situation (SS)). Zij bewees hiermee dat het belang van hechting niet schuil gaat in bijvoorbeeld haar sterkte en zwakte maar wel in het al dan niet veilige karakter er van.

'De Strange situation' vindt plaats in een laboratoriumsetting en bestaat uit acht korte episoden van telkens drie minuten<sup>4</sup> (de ouder en een vreemde verlaten wisselend het labo) die voor het kind in toenemende mate stressvol zijn. Deze procedure is enkel geschikt voor kinderen tussen 12 en 18 maanden.

---

<sup>3</sup> JACOBS, D., Hechting en hechtingsstoornissen. Tokk, jrg. 27,nr. 1, maart '02, 2-15.  
Jacobs Delphine is geneesheer-specialist in opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie aan de KUL.

<sup>4</sup> Een omschrijving van deze 8 korte episoden kan je terugvinden in bijlage 2.

Het scoren van dit experiment is voornamelijk gebaseerd op het gedrag van het kind tijdens de moeder-kind interacties. Het uitgangspunt is dat het kind in aanwezigheid van de moeder exploratiegedrag zal vertonen.

Mary Ainsworth deelde de kinderen in drie gehechtheidsklassen in, namelijk A- B- en C-type. De ABC volgorde heeft te maken met het evenwicht tussen exploratie en hechtingsgedrag.

- Type A is VERMIJDEND gehecht: Het kind reageert nauwelijks op het vertrek van moeder en reageert niet terughoudend op de aanwezigheid van de vreemde. Tevens is er geen toenaderingsgedrag als moeder terugkeert. Toch is dit voor het kind een stressvolle situatie (fysiologische metingen). Het ontbreken van toenaderingsgedrag als moeder terugkomt, wijst op een verstoord hechtingsproces. Een vermijding kind weet de angstgevoelens te onderdrukken om daarmee de gevreesde afwijzing van de ouder te voorkomen.
- Type B is VEILIG gehecht: Hier is er wel een evenwicht tussen exploratie en hechtingsgedrag. Er is enerzijds angst als moeder de ruimte verlaat en anderzijds is er wel toenaderingsgedrag bij terugkeer van de moeder. De ouder kan het kind makkelijk geruststellen. Het geschonden vertrouwen is dus snel hersteld en het kind herneemt vanuit zijn veilige basis de exploratie van de omgeving.
- Type C is AMBIVALENT gehecht: Het kind komt weinig tot exploratie, zoekt steeds de nabijheid van de opvoeder en reageert heel heftig in de scheidingsepisode. Bij hereniging vertoont het kind sterk klampend gedrag, maar wijst tegelijkertijd de ouder af in zijn boosheid en frustratie. Het kind laat zich moeilijk troosten en na terugkeer van ouder is er vaak nog minder exploratie dan voor het vertrek van moeder. Het ambivalent gehecht kind zendt sterke afhankelijkheidssignalen uit om een respons bij de ouder uit te lokken.

Vervolgens is er in de jaren '80 volgens MAIN<sup>5</sup> en SOLOMON nog een vierde type aan toegevoegd:

- Type D is GEDESORGANISEERD gehecht: De kinderen vertonen een breed scala van uiteenlopende gedragingen. Ze zijn bijvoorbeeld intens verdrietig tijdens de scheidingsperiode en 'bevrozen' bij terugkeer van de ouder. Het gedesorganiseerd hechtingsgedrag laat zich niet goed omschrijven in termen van de exploratie-gehechtheidsbalans. Het hechtingsgedrag is niet te sterk of te zwak maar op een of andere wijze vervormd.

Deze procedure werd uitgebreid getest op haar betrouwbaarheid en validiteit. Maar heeft een aantal beperkingen, gebonden aan de cultuur en de leeftijd van het kind. Tevens zijn de resultaten van deze procedure discrete categorieën en dit geeft niet enkel problemen met de afgrenzing maar is ook niet in overeenstemming met een vermoedelijke variatie in de graad van veiligheid en hechting.

In bijlage vier kan u nog enkele voorbeelden van symptomen van hechtingsstoornissen terugvinden.

### **3. Verband tussen (on)veiligheid van hechting en ouderlijke zorg:**

Volgens Mary Ainsworth is het oudergedrag de belangrijkste determinant van de gehechtheid. Hierbij is de sensitiviteit belangrijk, deze geeft een maat voor de kwaliteit van het opvoedend handelen. Het geeft aan in hoeverre de ouder of opvoeder de signalen van het kind opmerkt, ze juist kan interpreteren en er effectief (dwz onmiddellijk, consequent en adequaat) op reageert. Vervolgens een korte bespreking van de ouders van de verschillende typen kinderen.

---

<sup>5</sup> Mary Mains 'Adult Attachment Interview = AAI is een enigszinds equivalente weergave van de 'state of mind' van de volwassene met betrekking tot hechting. (1985)

- Ouders van VERMIJDEND gehechte kinderen zijn vooral afwijzend in hun gedrag tegenover het kind. Zij vertonen een afkeer van fysiek contact, een zakelijke en rigide (strikte, strenge) omgang met hun baby. Ze geraken snel geïrriteerd door het huilen van hun kind of door weigeringen van het kind (bijvoorbeeld als hun baby'tje niet direct wil slapen of eten). Deze ouders reageren consequent en ongevoelig.
- Ouders van VEILIG gehechte kinderen houden meer rekening met de wensen van hun baby met betrekking tot de voeding, reageren sneller op huilen, zijn expressiever in 'face to face' contact en reageren beter op initiatieven van het kind. Het gedrag van deze ouders is sensitief, coöperatief en toegankelijk.
- Ouders van een AMBIVALENT gehecht kind zijn vaak onbereikbaar voor het kind op momenten dat het hen nodig heeft. Ze reageren hierbij nog eens onvoorspelbaar. Ze gedragen zich inconsequent sensitief.
- Tot slot zijn er de ouders van GEDESORGANISEERDE gehechte kinderen. Deze ouders vertonen vaak beangstigend, bizar en incoherent gedrag, waardoor de ouderreactie voor het kind onvoorstelbaar is en tegelijkertijd angst inboezemt. Opvoedingskenmerken die hiermee verband houden zijn: een ernstig verstoord opvoedingspatroon (zoals mishandeling); ernstige emotionele stoornissen van de ouder in de vorm van depressiviteit of schizofrenie; overwerkte rouw of traumata.

#### **4. Enkele risicofactoren voor een onveilige hechting<sup>6</sup>**

- De ernst en het chronische karakter van een psychopathologie bij de ouders. Bijvoorbeeld een kind met een depressieve moeder heeft meer

---

<sup>6</sup> JACOBS, D., Hechting en hechtingsstoornissen. Tokk, jrg. 27,nr. 1, maart '02, 2-15.

kans op een hechting van het onveilige type, meer bepaald het gedesorganiseerde type.

- Het hechtingspatroon van de ouders zelf.
- Middelengebruik van de moeder tijdens de zwangerschap leidt vaak tot een onveilige gedesorganiseerde hechting van het kind.
- Echtelijke conflicten blijken verantwoordelijk te zijn voor een onveilige hechting evenals gedragsproblemen bij peuters. Integendeel tot een grote intimiteit tussen de ouders dat reeds prenataal een veilige patroon van de hechting voorspeld van het kind.
- Armoede en lagere sociale klasse zijn via geassocieerd aan een verhoogd risico voor onveilige hechting. Bijvoorbeeld emotionele belasting van de ouders, fysieke afstraffing, minder steun en stimulatie voor het kind, minder aangepast speelgoed. Een studie die het verband tussen familiale tegenspoed en hechting naging, stelde vast dat voor onveilig hechting de aanwezigheid van minstens drie of vier familiale stressoren vereist was.
- Tienermoeders praten over het algemeen minder met hun kind, glimlachen minder en zijn minder stimulerend. Daardoor zijn deze kinderen minder uit op sociaal contact en zijn vaker vermijding of gedesorganiseerd gehecht.
- Mishandeling leidt vaak tot een gedesorganiseerde hechting.
- Tot slot is ook 'adoptie' een risicofactor. Om verschillende redenen wordt de hechtingsontwikkeling bij adoptie- en pleegkinderen verstoord. Er zijn meestal altijd verscheidene overplaatsingen geweest alvorens zij in een adoptie- of pleeggezin terechtkomen. De continuïteit in de verzorging met tenminste één vaste opvoeder voor het kind ontbreekt. Verder zijn de omstandigheden waarin het adoptie- of pleegkind de eerste weken, en vaak ook eerste maanden en jaren,



opgroeide heel vaak verre van optimaal. Terwijl deze periode juist van groot belang is voor de vorming van een veilige hechtingsrelatie. Wordt hier niet aan voldaan, dan kan als gevolg daarvan een onveilige hechting ontstaan, het basisvertrouwen in anderen ontbreekt, wat in meer extreme situaties tot een reactieve hechtingsstoornis kan leiden (zie verder)<sup>7</sup>.

## **5. De gevolgen van een (on)veilige hechting en de verschillende gedragspatronen**

Een veilige of onveilige hechting heeft een duidelijke invloed op belangrijke aspecten van de ontwikkeling van het kind.

Ten eerste heeft het invloed op de psychosociale ontwikkeling van het kind. Erikson, Amerikaanse psychoanalyticus, heeft aangetoond dat een kind veiligheid en geborgenheid moet ervaren om vertrouwen in zichzelf en anderen te kunnen ontwikkelen.

Ten tweede heeft het hechtingsproces invloed op de cognitieve ontwikkeling van het kind. Zo heeft Ainsworth experimenteel aangetoond dat kinderen die veilig zijn gehecht aan hun ouders sneller tot exploratie overgaan en zo ontwikkelt het kind zijn kennis van de dingen en de ruimtelijke verhoudingen.

Ten derde heeft hechtingsproces ook invloed op de gezagsaanvaarding. Als men vertrekt van de klassieke visie op opvoeding kan men stellen dat er zonder basisvertrouwen geen gezagsaanvaarding, geen gezag en dus geen opvoeding mogelijk is.

Tenslotte kan hechting zelfs invloed uitoefenen op het fysisch welzijn van het kind. Een onveilige hechting kan immers aanleiding geven tot groei- en

---

<sup>7</sup> In bijlage 3 kan u voorbeelden vinden van factoren die een rol spelen in het ontstaan van hechtingsstoornissen.

gewichtsachterstand, tot onvoldoende weerbaarheid tegen infecties en dus tot vaker ziek zijn.

Weinig ontwikkelingsparameters hebben een voorspellende waarde voor het latere socio-emotionele functioneren van het kind maar de hechtingsclassificatie 'strange situation' (SS) is hier een uitzondering op.

Een onveilige hechting voorspeldt volgens de SS incompetentie met leeftijdsgenoten, overmatige afhankelijkheid van leerkrachten en minder zelfvertrouwen op de kleuterleeftijd. Meer bepaald vertoonde de afwerende groep een grotere passiviteit en impulsiviteit, terwijl de vermijdende groep meer last had van agressie, antisociale neigingen en depressieve symptomen.

Vervolgens zijn er ook de lange-termijn effecten van een onveilige hechtingsrelatie. Bij sommige vormen van onveilige hechting staat er een versterkte beleving van onveiligheid op de voorgrond. Dit kan zich uiten in een versterkt hechtingsgedrag; een verhoogde kans op schoolfobie, agorafobie, etc.; bijzondere vormen van zorg uitlokken (bijvoorbeeld suïcidepogingen, anorexia nervosa); voortdurende vraag om zorg en liefde (bijvoorbeeld van partner); zorg vragen van de eigen kinderen (rolomkering); bij rouw is er langdurig verdriet, intense woede, zelfverwijten, depressie.

Andere vormen van onveilige hechting worden meestal gekenmerkt door dwangmatig streven naar onafhankelijkheid. Zoals een verzwakt hechtingsgedrag; verhoogde kans op overspanning bij stress, psychosomatische symptomen, depressie; onevenredig veel zorg geven aan de partner en eigen kinderen, langdurig uitstel van de rouw.

Tevens kan er een onvermogen om een actieve band met iemand te onderhouden ontstaan.

Als laatste effect kan er psychopathiform gedrag of delinquentie, histerie of suicidaliteit ontstaan.<sup>8</sup>

Een kind dat niet in staat was om zich veilig te hechten aan zijn ouders in zijn vroege jeugd, ontwikkelt manieren om zich door zijn jeugd heen te helpen. Deze manieren blijken echter schadelijk te zijn als het kind dit model aanneemt voor al zijn significante relaties. Bij kinderen met een verstoorde hechting zijn een aantal clusters van hechtingsbeschadigde gedragingen te zien. Zoals:

- klamperig-eisend: het kind klampt zich vast aan zijn ouders. Het eisen van aandacht roept het gedrag bij de ouders op waar hij bang voor is en hierdoor verergert het klampend gedrag. Het gedrag kan manipulatief overkomen. Sussen helpt niet omdat zijn basale angsten hierdoor niet worden weggenomen.
- Rebellie: het kind doet erg stoer en heeft een grote mond maar zijn geheime boodschap is 'ik heb je nodig'. Hij heeft liefhebbende relaties nodig maar wantrouwt ze ook. Het kind leeft continue in een toestand van onverlichte spanning en zorg. Dit is een 'bodemloze-put' kind: hoe hard je ook probeert om hem te vullen, hij blijft leeg.
- Parentificatie: Het kind wendt zich niet naar de ouder als hij zijn behoefte vervuld wil zien omdat hij gelooft dat zijn ouder erg kwetsbaar is en bescherming nodig heeft. Het kind voelt zich over het algemeen verantwoordelijk voor het welzijn van zijn ouder en geeft zichzelf de schuld als de ouder ongelukkig is.
- Superster: De superster kan zeer succesvol zijn in zijn prestaties als vervanging van wederkerige intieme relaties. Hij identificeert zichzelf met de rol van superster, wat hem in staat stelt om controle te houden en tevens de nabijheid van andere mensen te vermijden. Afhankelijkheid is voor het kind hetzelfde als het verlies van controle.

---

<sup>8</sup> HELLENBOSCH, G., Psychopathologie, cursus 2<sup>de</sup> jaar orthopedagogie, 1999-2000.

Hij heeft weinig tolerantie voor tegenslagen, fouten of prestaties die minder dan perfect zijn.<sup>9</sup>

## 6. Hulpverlening

Omdat een goed hechtingsproces zo belangrijk is voor de normale ontwikkeling van een kind, komt een kind waarbij het hechtingsproces niet juist verlopen is, vaak na verloop van tijd in aanraking met de hulpverlening. Binnen deze hulpverlening bestaan er verschillende benamingen al naar gelang het referentiekader van waaruit men naar de symptomen kijkt. In de kinderpsychiatrie gaat het over 'reactieve hechtingsstoornissen' (of Reactive Attachment Disorder (RAD)), vanuit het psychodynamisch kader spreekt men van het 'affectieve verwaarlozingssyndroom' en vanuit zelfhulpgroepen van ouders van een hechtingsgestoord kind wordt de voorkeur gegeven aan de term 'geen-bodem-syndroom'.

Vanuit de kinderpsychiatrische invalshoek spreekt men dus van 'reactieve hechtingsstoornissen'. Deze diagnose staat beschreven in de DSM-IV<sup>10</sup>. Volgens de DSM kan men de reactieve hechtingsstoornis opsplitsen in twee vormen: het geremde type en het ontremde type. Bij het geremde type ligt de nadruk op de gestoordheid van de sociale interacties, waarbij het kind teruggetrokken en overdreven waakzaam is en nabijheid zoekt op een ambivalente of vreemde manier. Bij het ontremde type valt het gebrek aan selectiviteit op in de contactname en het onvermogen om relaties te behouden. Ze manifesteren beiden voor de leeftijd van vijf jaar en zijn niet enkel te wijten aan een

---

<sup>9</sup> Dit zijn enkele voorbeelden die ik teruggevonden heb op de site: [http:// www.deknoop.org](http://www.deknoop.org). (een site over kinderen met hechtingsstoornissen en het geen bodem-syndroom.) Ook in bijlage kan u informatie vinden over deze organisatie 'de knoop'.

<sup>10</sup> DSM (Diagnostic and statistical manual) is een diagnostisch handleiding van de American Psychiatric Association waarinpsychische stoornissen worden geordend op grond van beschrijvende kenmerken i.p.v. op basis van theorieën over oorzaken. De aanduiding IV duidt op de vierde herziene versie (1994).

ontwikkelingsachterstand of een pervasieve<sup>11</sup> ontwikkelingsstoornis. Wel gaan beiden types samen met uitgesproken pathogene zorg onder de vorm van emotionele of lichamelijke verwaarlozing of frequente wisseling van de primaire verzorger.

Toch worden deze criteria bekritiseerd omwille van bijvoorbeeld hun focus op sociale afwijking eerder en niet op hechting. Zo kan men stellen dat de enorm toegenomen kennis rond hechting van de laatste twee decennia zijn weerslag niet gevonden heeft in deze criteria, wat hun relevantie behoorlijk in gedrang brengt. Maar er wordt zeker niet getwijfeld aan het bestaan van RAD en de nood aan opname in de ziekteleer. Want RAD geeft immers een patroon van afwijkingen dat men niet kan plaatsen in andere bestaande diagnostische categorieën, dat mogelijk blijvende gevolgen heeft binnen in het kind en dat daardoor duidelijk een doelwit is voor zowel interventie als onderzoek.

Het 'geen -bodem syndroom' zoals hierboven vermeld, is nog geen officiële term en is ontstaan naar aanleiding van het boek *'Bodemloos bestaan, problemen met adoptiekinderen'* van EGMOND Geertje (1987). De naam fungeert eerder als metafoor van de ervaringen van de ouders over hoe het kind omgaat met de energie en de liefde die zij telkens weer in hun kinderen steken: 'alsof het een bodemloos vat is waar je in kan blijven investeren en zonder ooit iets terug te krijgen.'

Het is wel belangrijk dat men een onderscheid maakt tussen kinderen die onveilig gehecht zijn en kinderen met een hechtingsstoornis. Met de term reactieve hechtingsstoornis wordt immers een ernstiger beeld weergegeven. Het is meer pathologisch, moeilijk omkeerbare vorm van niet gehecht zijn. Toch mogen we

---

<sup>11</sup> Een autistische of daaraan verwante stoornis gekenmerkt door ernstige gebreken in de ontwikkeling van sociale of communicatieve vaardigheden of van stereotiep gedrag. Met het begrip pervasieve wordt aangegeven dat de stoornis diep doordringt in het totale functioneren van personen.

niet te vlug conclusies trekken dat het om een niet verhelpen stoornis gaat, waar we mee moeten leven. In de praktijk zien we vaak dat kinderen met de diagnose van een reactieve hechtingsstoornis toch ook kunnen doorgroeien en een acceptabele relatie kunnen aangaan met anderen.

## **7. Behandeling en eventueel herstel van hechting**

### **- Inspraak en samenwerking**

Het feit dat ouders hun kind met gestoorde hechting aan professionele hulpverlening toevertrouwen doet niets af van hun betrokkenheid, interesse, bezorgdheid en verantwoordelijkheidsgevoel voor hun kind. Ze willen meedenken en inspraak in de behandeling. Vaak is dit niet vanzelfsprekend en worden ouders niet herkend als ervaringsdeskundige, maar gezien als storende factor die een zuiver contact onmogelijk maakt. Ze worden vaak als bedreigend gezien omdat ze met opvoedingsideeën komen die anders zijn als deze van de hulpverleners! (ze maken zich bijvoorbeeld zorgen over het kapsel, zakgeld terwijl die door de hulpverleners dikwijls als futiliteiten worden beschouwd.

Toch is een intense samenwerking tussen hulpverleners en ouders van essentieel belang om te verhinderen dat het kind hen tegen elkaar uitspeelt waardoor er nog groter onbegrip lang beide kanten ontstaat. Voor deze samenwerking is wederzijds respect, openheid en eerlijkheid noodzakelijk.

### **- De nieuwe rol**

Tevens moeten de ouders worden voorbereid op hun nieuwe rol. Ze zullen moeten leren omgaan met emotionele afstand. Ze zullen hun verwachtingen ten aanzien van een wederkerige relatie met hun kind definitief moeten loslaten. Ze moeten leren om geen affectieve respons, geen intieme band, geen hechte relatie meer te verwachten. Dit is zeer tegennatuurlijk en niet gemakkelijk voor de ouders. Een functionele relatie zonder emotionele lading is de enige manier om een band met dit kind te kunnen behouden.

Na veel vallen en opstaan vinden de meeste ouders meestal wel een voor hen haalbare mate van afstand en nabijheid.

- Doorverwijzing

Er bestaat nog steeds een grote behandelingsverlegenheid ten opzichte van de problematiek van kinderen met een hechtingsstoornis. Dit uit zich meestal in het steeds maar weer doorverwijzen van deze kinderen. Hierdoor ontstaat er bij de ouders steeds meer angst dat het deze keer ook weer niet gaat lukken. Het kind krijgt het gevoel dat niemand hem kan helpen en het wordt hierdoor structureel bevestigd in zijn verwerpen en verworpen zijn.

Het enige positieve aan de vele doorverwijzingen is dat de ouders erkenning en bevestiging krijgen dat hun kind inderdaad moeilijk is om te bereiken.

Vaak worden er vanuit de reguliere hulpverlening enkele alternatieven aangedragen zoals gedragstherapeutische hulp door middel van belonen, straffen of negeren of psychotherapeutische hulp, bijvoorbeeld speltherapie. Maar beide alternatieven richten zich eerder niet op het fundament van het probleem. Het lukt hen niet om het kind te helpen zich veilig te voelen in de relatie met de ouders. Dit lukt vaak wel met de opvoedingswijze van 'Terug naar het begin', zoals beschreven in het boek van Dhr. De Lange: 'relatiegestoorde kinderen'. Bij deze opvoedingswijze begin je eigenlijk opnieuw met het kind. Het kind wordt voortdurend door de ouders naar zich toegehaald, waardoor er omsluiting wordt geboden. Door de angst van het kind om verlaten en in de steek gelaten te worden zal het zich waarschijnlijk verzetten. Wanneer een kind echter merkt dat de ouder letterlijk en figuurlijk het kind niet loslaat, kan het gevoel van veiligheid langzaam groeien en krijgt het kind meer vertrouwen in zichzelf en de mensen om zich heen. Deze opvoedingswijze is geschikt voor kinderen tot negen jaar.

Deze laatste opvoedingswijze sluit niet aan bij de mening van het voorgaande, waarbij vermeld werd dat ouders geen emotionele band met hun kinderen mogen aangaan. Ze zijn beiden in de literatuur terug te vinden dus ik vond het de moeite waard om ze beiden te vermelden. Omdat ik nog niet over praktische ervaring beschik wat betreft hechtingsstoornissen, ga ik zeker geen eigen mening uiten over wat nu het beste is.

## **8. Tot slot**

Na het maken van deze opdracht heb ik een beter beeld verkregen over kinderen die onveilig gehecht zijn of hechtingsstoornissen vertonen.

Ik vond het erg boeiend om er meer over te weten te komen omdat men zich vaak niet bewust is van de problematiek wat het 'geen bodem-syndroom' met zich kan meebrengen voor ouders, opvoeders en naaste omgeving. Meestal denkt men dat het probleem slechts bestaat uit het feit dat het kind zich niet kan hechten en dat als de ouders genoeg liefde geven het probleem zich wel van zelf zal oplossen. De problematiek is echter veel complexer.



## Literatuurlijst

- De KNOOP: een vereniging voor ouders van kinderen met hechtingsstoornissen / geen - bodemsyndroom.  
<http://www.deknoop.org>. (zie bijlage)
- JACOBS, D., Hechting en hechtingsstoornissen. Tokk, jrg. 27,nr. 1, maart '02, 2-15.
- HELLENBOSCH, G., Psychopathologie, cursus 2<sup>de</sup> jaar orthopedagogie, 1999-2000.
- <http://www.bodemloos.com>