

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Inleiding	3
1. Hechtingsproblematiek	5
1.1 Wat is hechtingsproblematiek?	5
1.2 Hoe ontstaat een hechtingsprobleem?	9
1.3 Wie heeft kans om een hechtingsprobleem te krijgen?	10
1.4 Is het te genezen?	11
2. Geschikte methoden	12
2.1 Welke geschikte methoden zijn er?	12
2.2 Wat houden deze methoden in?	15
2.3 Hoe ga je met deze methoden om als hulpverlener?	23
2.4 Welke effect hebben de methoden op de kinderen?	25
3. Bevoegdheden van de SPH'er	27
3.1 Wat houdt het beroep van een SPH'er in?	27
3.2 Welke bevoegdheden heeft een SPH'er?	28
4. Methoden die een SPH'er kan gebruiken	32
4.1 Welke methoden kan een SPH'er gebruiken?	32
4.2 Hoe stelt een SPH'er zich op in deze methoden?	37
5. Conclusie	39
6. Eigen visie	41
Suggesties voor nader onderzoek	43
Literatuur	44
Bijlagen	46
Bijlage 1 Vragenlijst voor hulpverleners	46
Bijlage 2 Anti-plagiaatverklaring	49

VOORWOORD

Een aantal jaar geleden ben ik als vrijwilligster mee geweest op een zomerkamp voor licht verstandelijk gehandicapte kinderen. Het kamp was voor kinderen tussen de 6 en de 18 jaar die thuis woonden, maar niet de zes weken van de zomervakantie thuis konden blijven. Het doel van het kamp was vooral om de ouders te verlichten in hun zware taak als ouder zijnde.

We gingen 12 dagen in een kampeerboerderij echt vakantie vieren. Dit betekende zowel gewoon spelletjes bij huis doen zoals voetballen, kleuren en speurtochten, als dagjes naar het zwembad, huifkartochten en attractieparken.

Als één van de begeleidsters van een groep van 6 kinderen kreeg ik naar mijn gevoel te maken met een kind dat zich erg ongelukkig voelde. Ik zal dit meisje Sanne noemen.

Sanne was een meisje van 14 jaar, wat ze precies had was ons als begeleiders niet bekend. Sanne woonde thuis bij haar moeder, ze was het nakomelingetje, had een oudere broer en zus die al op zichzelf woonden. De vader van Sanne had de benen genomen toen zij nog erg klein was en Sanne had hem hierna niet weer gezien.

Sanne kwam vanaf het begin af aan over als een druk kind. Ze vroeg de hele dag aandacht van de begeleiders. Ze bleef bij ons zitten tot iemand zei dat ze wel met de andere kinderen kon gaan spelen. Met de andere kinderen speelde ze niet vanuit haarzelf. Wanneer zij wel met deze kinderen speelde, eindigde dit meestal in ruzie. Sanne kon dan gaan slaan, schoppen en spugen. Sanne vond het prachtig om te zien hoe wij als begeleiders haar dan weer probeerden te sussen. Ze genoot zichtbaar van deze aandacht en bleef hierdoor, naar mijn gevoel, extra lang boos doen.

Sanne claimde ons begeleidsters eigenlijk de hele dag. Wanneer er iemand langs haar liep leunde ze meteen op die persoon. Ze kon niet genoeg aandacht krijgen. Omdat er ook andere kinderen in de groep zaten en Sanne naar haar gevoel niet genoeg aandacht kreeg, werd ze boos op alles en iedereen.

's Avonds bij het naar bed gaan wilde ze dat ik bij haar bleef tot ze sliep, maar slapen was Sanne niet van plan. Wanneer iemand anders haar naar bed bracht, vroeg Sanne of ik ook nog even kon komen, om me niet meer te laten gaan. Ze moest bij alles wat we deden iemand, meestal mij, vasthouden. Op een avond toen ze me weer niet wilde laten gaan bij het naar bed brengen stelde ik de vraag wat haar moeder ervan vond dat Sanne altijd aandacht wilde hebben. Ze antwoordde; 'dat vindt ze wel goed, dat vindt mijn moeder leuk. Ik doe altijd dingen samen met mijn moeder'. 'Altijd'? 'Ja altijd'.

Als begeleiders moesten wij een nacht naar huis om even weer bij te tanken van het intensieve werken met de kinderen. Bij elke begeleider die weg ging zei Sanne dat ze het vreselijk vond dat ze wegging en vroeg of ze toch wel weer terug kwam. Ik vond dit wat apart voor een meisje van 14 en kon me niet voorstellen dat zo'n meisje zo aan de begeleiding kon hangen.

Toen het kamp over was, was Sanne in tranen. Ze wilde niet weg, wilde bij ons blijven. Maar was ook wel weer blij haar moeder te zien.

Sanne zal nu een jaar of 17 zijn, soms denk ik nog aan haar en vraag me af hoe het met haar zal gaan.

Mede door deze ervaring ben ik geïnteresseerd geraakt in hechtingsproblematiek, door middel van mijn scriptie wil ik mij verder verdiepen in deze problematiek.

INLEIDING

Hechtingsproblematiek heeft al jaren mijn aandacht omdat ik het een interessant gegeven vind dat mensen niet goed kunnen hechten. Als een achtjarig meisje kwam ik in contact met een meisje wat in een weeshuis gewoond had, nadat haar ouders waren overleden. Nu woonde zij bij een pleeggezin met een even oud pleegzusje. Ik vroeg me toen al af hoe het zou zijn om zomaar bij andere mensen te moeten wonen. Ook Sanne was een meisje wat vragen over hechtingsproblemen in mij opriep.

Ik wil er nu meer over weten en dan vooral over hoe hulpverleners hier mee om (kunnen) gaan. Ik heb veel informatie kunnen vinden over wat een hechtingsprobleem is en wat je er als ouder mee moet. Maar over hechtingsproblemen en hulpverleners is er naar mijn idee te weinig te vinden. Ik hoor dit terug bij ouders van kinderen met een hechtingsprobleem maar ook bij hulpverleners.

Ik denk steeds meer aan een baan waarin ik werk met kinderen met een hechtingsprobleem, maar in de opleiding heb ik tot nu toe weinig over de behandeling of zelfs omgang met deze kinderen geleerd. Ik wil daarom graag meer weten over behandelingen en omgang met kinderen met een hechtingsprobleem. Mocht ik wel met deze kinderen gaan werken, dan heb ik al een redelijke voorkennis op het gebied van te gebruiken methoden.

Ik hoorde van een ouder die zelf een geadopteerde dochter met het 'geen bodem syndroom' heeft, dat zij ervaart dat hulpverleners ook geen vaste methode hebben in de omgang met deze kinderen. Zij ervaart dat veel hulpverleners doen wat zij zelf denken dat goed is omdat zij denken het kind wel te kunnen helpen. Iedere hulpverlener die deze vrouw heeft gezien deed het anders en niets heeft geholpen. Integendeel zelfs. Iedere keer dat het weer 'mislukte' voelde het kind zich weer meer alleen en kreeg steeds minder vertrouwen in volwassenen (hulpverleners).

Volgens deze vrouw ervaren veel ouders en kinderen die met hechtingsproblemen te maken hebben, dat hulpverleners geen vaste methode hebben voor het werken met deze mensen. Mede door dit verhaal ben ik tot mijn hoofdvraag en mijn doel van mijn scriptie gekomen.

Mijn doel met dit onderzoek is dat ik methodieken uiteen wil zetten die een SPH'er kan gebruiken in het werk met kinderen met een hechtingsprobleem.

Mijn centrale vraag is;

'Welke methodieken kunnen SPH'ers gebruiken in de begeleiding van kinderen met een hechtingsprobleem?'

Mijn deelvragen;

1. Wat is een hechtingsprobleem?

Deze deelvraag wil ik beantwoorden omdat het van belang is eerst helder te hebben wat er onder een hechtingsprobleem wordt verstaan. Pas hierna kan er een volledige beschrijving worden gegeven van de mogelijke methodieken die kunnen helpen bij de omgang met deze kinderen.

2. Wat zijn bestaande methoden voor kinderen met een hechtingsprobleem?

Door het beantwoorden van deze deelvraag wil ik gaan bekijken welke methodieken er zijn voor deze kinderen. Wanneer ik weet welke methodieken er zijn kan ik gaan kijken of zij geschikt zijn voor SPH'ers.

3. Wat mag een SPH'er doen, in zijn begeleiding met kinderen met een hechtingsprobleem?

Deze vraag moet antwoord geven op mijn eigen vraag wat een SPH'er kan doen. Kan de SPH'er wel alle methoden toepassen of beschikt hij dan niet over het juiste diploma. Wat mag hij wel doen en wat mag hij niet doen. Zo wil ik methoden uitsluiten waar de SPH'er niet mee kan of mag werken.

4. Welke methoden sluiten aan op de bevoegdheden van een SPH'er?

Door deze vraag wil ik een beeld geven van wat een SPH'er wel kan doen met een kind met een hechtingsprobleem.

5. Hoe stelt een SPH'er zich in de begeleiding met een kind met een hechtingsprobleem op?

Deze vraag vind ik van belang omdat het volgen van een methode op papier nog niet altijd verteld hoe je je als hulpverlener moet opstellen tegen over je cliënten. Kinderen met een hechtingsprobleem hebben vaak weinig vertrouwen in volwassenen. Juist voor deze kinderen is het belangrijk dat jij je als hulpverlener goed opstelt zodat het kind vertrouwen in jou als hulpverlener krijgt.

De opbouw van mijn scriptie is als volgt;

In hoofdstuk 1 leg ik uit wat een hechtingsprobleem is, hoe het kan ontstaan en welke kinderen deze problemen kunnen krijgen.

Hierna heb ik geschikte methoden opgezocht waar deze kinderen baat bij hebben.

Deze methoden heb ik uiteengezet in hoofdstuk 2. Per methode heb ik antwoord op de volgende vragen gegeven;

- Wat houdt de methode in?
- Hoe ga je als hulpverlener met deze methode om?
- Welk effect heeft de methode op het kind?

In hoofdstuk 3 heb ik de bevoegdheden van een SPH'er uitgelegd. Dit is belangrijk om te weten omdat een SPH'er, bijvoorbeeld niet mag behandelen, maar wat kan hij dan wel in deze methode betekenen?

In het 4^e hoofdstuk ga ik antwoord geven op de vraag welke methode een SPH'er kan gebruiken bij kinderen met een hechtingsprobleem. Hiervoor heb ik een vragenlijst opgesteld met vragen welke methoden SPH'ers nu gebruiken in het werkveld. Daarnaast heb ik geprobeerd via de geïnterviewden vaardigheden uit een te zetten die een SPH'er moet bezitten in de omgang met kinderen met een hechtingsprobleem.

Ik sluit af met een advies aan SPH'ers die werken of gaan werken met kinderen met een hechtingsprobleem. Om er achter te komen hoe zij met deze kinderen om moeten gaan en welke methoden zij daarbij kunnen gebruiken.

Ik gebruik in mijn scriptie het woord 'opvoeder' in plaats van 'ouder' omdat veel van de kinderen niet bij de biologische ouders wonen (of zelfs in een gezinsvervangend tehuis). Waar 'opvoeder' staat, kan dus ook ouder, pleegouder of plaatsvervangend ouder worden gelezen.

Miranda Huiting,
September 2006.

1. HECHTINGSPROBLEMATIEK

Inleiding

Aangezien de hoofdvraag de term hechtingsproblematiek in zich heeft, wil ik deze term eerst uitleggen. In dit hoofdstuk komt in 1.1 naar voren wat een hechtingsproblematiek is. Het is van belang eerst te weten wat de term hechting inhoud, voordat ik verder kan gaan met het uitleggen van hechtingsproblematiek. In hoofdstuk 1.2 wordt behandeld hoe hechtingsproblematiek kan ontstaan. Hoofdstuk 1.3 geeft een antwoord op de vraag wie een hechtingsprobleem kan krijgen en hoofdstuk 1.4 geeft hierna een antwoord op de vraag of het te genezen is.

1.1 Wat is hechtingsproblematiek?

Om uit te leggen wat hechtingsproblematiek is wil ik eerst duidelijk maken wat er precies bedoeld wordt met 'hechting'.

Het kind beschikt vanaf de geboorte over een attachment-systeem. Dit betekent dat het kind de relatie met de opvoeder in stand kan houden, zodat het in tijden van 'gevaar' bescherming kan zoeken. Daarnaast beschikt het kind vanaf zijn geboorte over een exploratiesysteem. Beide systemen zorgen ervoor dat het kind een goede overlevingskans heeft.

Bij een normale ontwikkeling van gehechtheid heeft het kind rond zijn eerste verjaardag een gehechtheidrelatie opgebouwd met zijn primaire opvoeders.

Hechting is de term voor een relatief duurzame affectieve relatie tussen een kind en één of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig interactie heeft.

Bowlby

J. Bowlby (1969-1973) heeft een schematische weergave gemaakt van de normale gehechtheid van het kind. Deze weergave is iets wat in een vloeiende ontwikkelingslijn moet worden gezien. Bowlby zegt dat hechting genetisch is bepaald.

- Volgens Bowlby (Bilo & Voorhoeve 1999) wordt de basis van gehechtheid in de eerste 6 maanden na de geboorte gelegd. Het kind heeft behoefte aan zijn opvoeder omdat zijn overlevingskansen bij de opvoeder liggen. Dit heet de *basis van gehechtheid*.
- Tussen de 6^e en de 12^e maand vormt zich de gehechtheidrelatie. Het kind kan hierbij specifiek op de opvoeder reageren en het hechtingsgedrag over enige afstand handhaven. Dit wordt de fase van *vorming van gehechtheidrelatie* genoemd.
- Tussen de 12^e en de 24^e maand is de opvoeder het centrale figuur van het kind. Langdurige afwezigheid van de opvoeder kan stapsgewijs leiden tot protest, wanhoop en relatieve onthechting. Deze fase noemt Bowlby de *geleidelijke separatie van primaire gehechtheidfiguur en gehechtheid aan anderen*.
- In het laatste kwartaal van het derde levensjaar van het kind, kan het kind de tijdelijke afwezigheid van de opvoeder accepteren. Ook accepteert hij vervangende hechtingsfiguren.

De relatie tussen de opvoeder en het kind kan veilig en onveilig zijn. Hierdoor wordt er onderscheidt gemaakt tussen de soorten gehechtheid.

De eerste is het *veilig gehechte*, dit wordt ook wel type B genoemd. Van de kinderen onder dit type gehechtheid, is te merken dat zij hun opvoeder missen. Wanneer de opvoeder terugkeert zoekt het kind actief de nabijheid, interactie of contact.

Daarnaast is er het *onveilig vermijdend gehechte*; type A. Deze kinderen negeren of vermijden de opvoeder wanneer deze terugkeert na de afwezigheid. De kans op vermijdende gehechtheid is groot als de ouder consistent niet in gaat op de wensen van het kind, of niet goed genoeg op de wensen reageert. Dit komt vooral voor als de opvoeder niet reageert als het kind boos, bang, verdrietig of overstuur is. Voorbeelden van verbale afwijzing zijn het voorbij gaan aan gevoelens van het kind door middel van afleiden of voorbij gaan aan gevoelens door vermanen. Indien op de gehechtheidsignalen van het kind zo wordt ingegaan en dus steeds op dezelfde manier gereageerd wordt, ontwikkelt het kind zich zo dat het verwacht dat de signalen van hem steeds worden afgewezen. Als het kind bang of overstuur is, zal het zich van de opvoeder afwenden, om zodoende een nieuwe pijnlijke afwijzing te voorkomen. Het kind probeert de expressie van gehechtheidsignalen te minimaliseren.

Het *onveilig ambivalent gehechte*, het type C is een gehechtheid waarbij het kind voorafgaand, tijdens en na de afwezigheid van de opvoeder veel huilt. Het kind is op zoek naar nabijheid en contact. Dit type kind zal in tegenstelling tot het kind van type B moeite ondervinden met het hebben van dit contact. Hij zal het contact graag willen maar aan de andere kant wil hij zich ook verzetten tegen dit contact. Het kind ontwikkelt niet de verwachting dat de ouder altijd beschikbaar is. Als het kind dan bang of ontroostbaar is, zoekt het de ouder wel op, maar het is tegelijk boos en moeilijk troostbaar. Door de expressie van gehechtheidsignalen te maximaliseren, lijkt het kind te proberen de beschikbaarheid van de opvoeder veilig te stellen. Dus als dit kind verdrietig is gaat het juist extra hard huilen of krijsen zodat het zeker weet dat de opvoeder hem wel aandacht geeft.

Hiernaast bestaat er het *gedesorganiseerde/gedesoriënteerde type* kinderen. Het gedrag van deze kinderen lijkt niet veel te verschillen van de andere typen. Het grote verschil is dat het kind duidelijke tekenen van desorganisatie of desoriëntatie vertoont.

Een kind dat zich niet veilig heeft gehecht kan bijvoorbeeld uitdagend en agressief gedrag vertonen of moeite hebben zich te concentreren op zijn werk en spel. Dat komt omdat er bij het kind geen beheersingspatronen zijn gegroeid. Deze groeien wanneer een kleuter veiligheid ervaart met de primaire opvoeders en deze relatie graag in stand wil houden. Daarom wil het zich beheersen en zo zal het kind zich patronen van positief gedrag eigen maken.

Een kind bij wie geen gezonde beheersingspatronen zijn gegroeid, maakt gebruik van negatieve patronen. Hierbij is het kind geneigd, om zich vanuit het gevoel van onveiligheid, afwijzend en agressief te gedragen. Het leeft met een groot wantrouwen naar de wereld, of naar de volwassenen om zich heen.

De Lange

Dr. G de Lange (2002) wil een hechtingsstoornis liever een fundamentele relatiestoornis noemen. Volgens hem kan het woord hechtingsstoornis de indruk wekken dat het kind geen actie heeft ondernomen om hechting aan te gaan. Ook kan en wil het kind geen actie ondernemen om hechting aan te gaan.

Relatiestoornis duidt volgens De Lange meer op een verstoring van de relatie, waarin betrokkenheid van de behoeften van het kind en de wereld eromheen een rol spelen. Het woord fundamenteel legt De Lange uit als; 'Het kind kent de wereld niet als zijn thuis. Het duidt op het fundamenteel geen deel hebben aan de wereld'.

De Lange onderscheidt twee fundamentele relatiestoornissen. Dit onderscheid is belangrijk om te noemen omdat de weg tot herstel anders verloopt.

1. De Primaire fundamentele relatiestoornis

Het ontstaan van deze relatiestoornis kan volgens De Lange (2002) al in de baarmoeder beginnen. Hier ervaart het kind al gevoelens van welbehagen en onbehagen. Welk gevoel het kind in de baarmoeder ervaart, heeft gevolgen voor de ervaring van veiligheid en de instelling van onveiligheid waarmee het kind ter wereld komt. Het ervaren van veiligheid is een vereiste voor de ontwikkeling van de hersens en de beheersingspatronen.

Deze relatiestoornis wordt primair genoemd doordat dit kind soms al voor de geboorte de aansluiting mist met de wereld. Er is bij dit kind geen afstemming in de eigen behoefte en wat de opvoeder hem biedt. Het kind voelt zich onveilig en hierdoor ontbreekt de basis voor de ontwikkeling van de hersens en de groei van gezonde beheersingspatronen.

2. De secundaire fundamentele relatiestoornis

Het kind heeft gezond gedrag ontwikkelt door het hebben van veiligheid en geborgenheid. Er is sprake van een wederzijdse betrokkenheid met de primaire en secundaire opvoeders.

Deze wederzijdse betrokkenheid kan worden onderbroken door verschillende oorzaken (te denken valt aan een langdurige opname in het ziekenhuis door een van de primaire opvoeders e.a.). Het kind raakt de veiligheid en de betrokkenheid kwijt en raakt ontwortelt. Zowel bij passieve als bij actieve kinderen kan een secundaire fundamentele relatiestoornis ontstaan.

Het wordt secundaire relatiestoornis genoemd omdat er eerst wel sprake was van aansluiting, groei en beheersingspatronen. De relatiestoornis is pas daarna ontstaan.

Volgens De Lange is de duur van herstel bij een secundaire fundamentele relatiestoornis korter dan het herstel van een primaire fundamentele relatiestoornis. Bij de secundaire gaat het om het hervinden van de verdrongen beheersingspatronen. Bij de primaire gaat het om het vanaf het begin aanleren van de beheersingspatronen.

Van Egmond

Geertje van Egmond noemt de hechtingstoornis in haar boek 'Bodemloos Bestaan' (1987) het Geen Bodem Syndroom (GBS).

Van Egmond (1987) beschrijft het geen-bodem-syndroom als een emotionele handicap die ontstaat door ernstige lichamelijke en affectieve verwaarlozing in de vroeg kinderlijke periode.

Van Egmond legt het GBS uit aan de hand van de persoonlijkheid in een cirkel. Bij een normaal verloop van de groei in een menselijke persoonlijkheid is de cirkel rond. Alle onderdelen die een persoonlijkheid compleet maken zijn hierbij aanwezig. Bij het GBS ontbreekt een deel uit die cirkel. Dit missende deel is het vermogen om tot tweezaamheid te komen. Tweezaamheid legt zij uit als het onderhouden van een duurzame en wederkerige liefdevolle relatie met de ander.

Van Egmond beschrijft een aantal kenmerken van het GBS. Hierbij geeft zij ook aan dat de aantallen en intensiteit per kind sterk kunnen variëren.

Kenmerken van het geen-bodem-syndroom.

1. *Geen affectieve banden in de allereerste levensfase, er is geen 'bodem' in het bestaan.* Het kind heeft in zijn vroege periode nooit het fundament in zijn bestaan kunnen leggen van de veilige en duurzaam liefhebbende volwassene aan wie het was toevertrouwd.
2. *Er is geen 'lijn' in het leven, daardoor is er weinig gevoel voor tijd en ruimte en de wereld blijft ongestructureerd.* Er ontstaan hierdoor vaak specifieke leerproblemen, geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld en de leefstof beklijft niet.

Doordat het GBS kind eigenlijk 'geen plaats in de wereld' heeft, zal het de wereld om zich heen als uiterst chaotisch ervaren. Ze lijken op elke plek even 'vertrouwd' als 'vreemd' te zijn. Ze hebben geen tijdsbesef.

3. *De gewetensontwikkeling is niet op gang gekomen.* Niets schijnt bij het kind indruk te maken, zachtheid noch harde straffen hebben ook maar het geringste effect. Het kind toont nooit spijt of berouw maar herinnert zich wel dat de opvoeder boos of kwaad is.
4. *Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan.* De 'ik-functie' is niet ontwikkeld door het ontbreken van de liefhebbende en verzorgende 'ander'. Het GBS kind heeft een diepgewortelde angst voor tweezaamheid en het aangaan van meer dan oppervlakkige relaties.
5. *Er is een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten.* Het kind zal zich buiten het gezin anders voordoen dan het is. Het lijkt alsof er niets aan de hand is. Hierdoor is de problematiek van het gezin voor anderen slecht onvoelbaar. Die anderen, inclusief hulpverleners, zien vaak niets tot weinig. Als de schijnvertoning na lange tijd niet meer vol te houden is, volgt er dikwijls een golf van ongeloof en grote verontwaardiging.
6. *Het kind vertoont 'survivors'-gedrag, schijnaanpassing.* Het kind probeert zich staande te houden door de wereld om zich heen voortdurend onder controle te houden. Het kind is geniaal in het observeren, taxeren en manipuleren van de mensen om zich heen. Het besteedt hieraan ook een groot deel van zijn energie, waardoor bijvoorbeeld leerprestaties en creativiteit achterblijven.
7. *De intieme emotionele banden binnen het gezin worden als bedreigend ervaren.* Het appèl van de gezinsleden op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms ook het gevoel van anders-zijn, tekortschieten en eenzaamheid.
GBS kinderen lijden vaak aan ernstige depressies. Gevoelens die zij zelf soms verwoorden als 'niemand houdt van mij, er zal ook wel nooit iemand van mij houden'.
8. *Het vroegste ervaren (misschien wel voor de geboorte) van 'ontkend', 'niet gewenst', 'afgewezen' en 'weggedaan' te zijn, is onvoorstelbaar vernietigend.* De basale pijn zoekt vaak een uitweg in vernietigingsdrang die zich richt tegen zichzelf (automutilatie), maar vaak ook tegen anderen (eerste opvoeder). Andere bekende uitingen van die agressie zijn fysiek geweld, uitingen van wreedheid jegens dieren, (dwangmatig) eten, stelen, vernielen, liegen, slapeloosheid, provocerend seksueel gedrag en weglopen. Meestal ziet men een onverzadigbare honger naar aandacht.
9. *Bij zijn handelen gaat het kind meestal te werk volgens het lustprincipe, heeft nauwelijks 'remmen' en 'drempels'.* Het kind bevindt zich emotioneel in bepaalde opzichten op het niveau van een baby, hij zoekt orale bevrediging. Het kind heeft geen 'ingebouwd controlesysteem', dit houdt bijvoorbeeld in dat het kind onbeheerst eet van zoetheid. Het kind wil snel bevredigd worden, dit geldt op alle gebieden.
10. *Uitingen van het geen-bodem-syndroom zijn niet of nauwelijks gebonden aan bepaalde landen van herkomst, leeftijd, huidskleur, culturele achtergrond enz.* Dat veel adoptiekinderen het geen-bodem-syndroom hebben ligt volgens Van Egmond niet aan de landen van herkomst, leeftijd, huidskleur en culturele achtergrond. Het heeft te maken met de vroegkinderlijke verwaarlozing, verworpen zijn en de emotionele onbenaderbaarheid van het kind.

Bijna alle GBS kinderen zoeken op een onnatuurlijke manier lichamelijk contact met volwassenen. Ze willen steeds op schoot zitten, hangen om de nek van de volwassenen of omklemmen een been, zodat zij vanzelf overal mee naar toe worden 'gesleept'. Sommigen willen daarentegen helemaal niet worden aangeraakt en worden bij aanraakpogingen angstig en/of agressief.

Veel GBS kinderen zitten op het speciaal onderwijs omdat zij zich minder goed kunnen concentreren dan andere kinderen. Zij steken meer energie in het manipuleren, observeren en taxeren van de wereld om hun heen dan dat ze in hun schoolwerk doen.

Wanneer het kind zich geaccepteerd en veilig voelt in de relatie met de opvoeder, begint het soms haast stormachtig te groeien in allerlei opzichten, er volgt een omhooggaande spiraal. 'Een hechtingsstoornis wordt ook wel een 'fundamentele relatiestoornis' genoemd. Er is iets mis met het fundament van het contact tussen ouders en kind. Het begrip 'fundamenteel' heeft een existentiële betekenis oftewel het kind kent geen menselijke betrokkenheid met de wereld. Het kind kent de wereld niet als zijn thuis. Het duidt op een fundamenteel geen deel hebben aan de wereld. Velen van fundamenteel relatiegestoorde kinderen dragen daarvan de gevolgen uit in hun gedrag. Ook dagen ze de wereld uit hen een thuis in deze wereld te geven. Wantrouwen en afwijzing vinden we niet alleen bij de kinderen maar soms ook bij de ouders en de wereld'. (Uit brochure van de algemene Landelijke vereniging "De knoop" 2005)

1.2 Hoe ontstaat een hechtingsprobleem?

Kiss-syndroom

Het Kiss-syndroom is een syndroom die bij baby's ontstaat. Kiss staat voor het Duitse Kopfgelenk Induzierte Symmetrie Störungen. Dit wordt vertaald door het; Koppgewrichten, Invloed op Storingen in de Symmetrie. (Tweede Nieuwsbrief Stichting KISS- en KIDD-syndroom Nederland Mei 2004)

Het Kiss-syndroom houdt in dat er storingen zijn in de symmetrische ontwikkeling van de baby ten gevolge van functiestoornissen in de bovenste nekgewrichten. Deze functiestoornissen kunnen ontstaan omdat het nekje geblesseerd raakt tijdens het geboorteprocés.

Het kind met het Kiss-syndroom lijdt aan fysieke pijn. Hij staat vrijwel altijd onder spanning en vindt het hierdoor niet prettig opgepakt en aangeraakt te worden. De behoefte aan deze aanrakingen bestaat echter wel bij het kind.

Er ontstaat een tekort aan lichamelijk contact tussen de primaire opvoeder en het kind, wat de normale band tussen opvoeder en kind bemoeilijkt.

Het is erg moeilijk om een kind met Kiss-syndroom gevoelens van veiligheid en geborgenheid te geven. Hierdoor is er kans op onvoldoende hechting.

Hechtingsstoornissen kunnen hun oorzaak vinden in de eerste drie levensfasen van het kind: tijdens de zwangerschap, de geboorte en/of de vroegste fase. In veel gevallen kunnen er traumatische ervaringen aan de orde zijn geweest.

Een problematische zwangerschap, stressfactoren tijdens de zwangerschap, een tijdelijke afwezigheid van de opvoeder, postnatale depressie, echtscheiding en het overlijden van een gezinslid kunnen oorzaken zijn in de beginfase van het kinderleven waarin een hechtingsstoornis zich kan voordoen.

Ook kunnen hechtingsstoornissen veroorzaakt zijn door medische trauma's, bijvoorbeeld: een gecompliceerde zwangerschap/geboorte, zuurstofgebrek, couveusetijd, langdurige ziekenhuisopname en/of ernstige medische ingrepen op zeer jonge leeftijd.

In de voorgaande voorbeelden, vanuit de allervroegste fasen van het kind was er nog geen of onvoldoende plaats voor de fysieke hechting.

Duurt deze periode meer dan ongeveer vijf dagen dan is het vertrouwen van het kind om de aangeboden fysieke hechting aan te gaan waarschijnlijk niet meer vanzelfsprekend aanwezig. Wanneer alles (weer) normaal is, kunnen deze kinderen het fysieke contact afwijzen.

Het komt ook voor dat er geen duidelijke oorzaken aan te wijzen zijn en moet er rekening mee worden gehouden dat er wellicht genetische en/of erfelijke factoren ten grondslag kunnen liggen aan de hechtingsstoornis.

Een hechtingsstoornis kan daarnaast ontstaan door factoren die de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie beïnvloeden. De mate van een veilige of onveilige hechting hangt vooral af van de wijze waarop de opvoeder reageert op het kind. Het kind zendt signalen af en het is aan de opvoeder om adequaat op deze signalen te reageren. De opvoeder moet onderscheidt maken in bijvoorbeeld behoeften en gevoelens van het kind en deze ook nog juist interpreteren. Het opmerken van deze signalen wordt ook wel *sensitieve responsiviteit* genoemd; het kind leert dat zijn eigen gedrag een doel heeft en dat de opvoeder hierop reageert. Hierdoor ervaart het kind veiligheid en geborgenheid.

De responsiviteit wordt beïnvloed door een aantal factoren.

Factoren bij de opvoeder:

- de beleving van het ouderschap,
- opvattingen, ideeën en kennis die samenhangen met cultuur, milieu en opleiding,
- ervaringen uit de eigen jeugd, emotionele problemen en opvoedingsattituden die daaruit naar voren komen.

Factoren bij het kind:

- aangeboren eigenschappen (zintuiglijke handicaps, laag geboortegewicht etc),
- ontwikkelingsgeschiedenis (lichamelijk en sociaal).

Externe factoren:

- uitstel van het eerste contact (zoals bij prematuriteit of adoptie),
- opvang door derden (de aard en kwaliteit hiervan),
- spanningen (vooral psychisch belastende omstandigheden),
- sociale ondersteuning (vooral uit de partnerrelatie).

Wanneer de kwaliteit van de opvoeder-kindrelatie slecht blijft, heeft het kind een acht maal grotere kans dat het gedragsproblemen ontwikkelt. (De Lange, 2002)

1.3 Wie heeft kans om een hechtingsprobleem te krijgen?

Volgens De Lange (2002) kan een foetus die zich onveilig voelt in de baarmoeder, later een hechtingsstoornis ontwikkelen. De Lange noemt deze hechtingsstoornis een relatiestoornis. Veiligheid en geborgenheid zijn twee voorwaarden voor het ontwikkelen van een veilige hechting. Iedereen die deze twee voorwaarden niet ervaart, kan een hechtingsstoornis krijgen. De foetus voelt zich dan niet veilig waardoor er angstgevoelens ontstaan. Dit gevoel kan ontstaan doordat de moeder emotionele spanningen beleeft, fysiek en verbaal geweld pleegt of ondergaat. Omdat het ervaren van veiligheid voorwaarde is voor de ontwikkeling van de hersenen en beheersingspatronen zal het zich niet welbevinden van de foetus negatieve invloed hebben op deze ontwikkeling.

Daarnaast zijn er kinderen die voor lange tijd na de geboorte wel de veiligheid en de geborgenheid ervaren. Deze kinderen beginnen met de ontwikkeling van een veilige hechting. Wanneer er door bepaalde redenen, (te denken valt aan adoptie, ziekte, overlijden maar ook verwaarlozing en mishandeling) tijdelijk of voor langere duur geen veiligheid en geborgenheid door de primaire opvoeder kan worden geboden, kan er ook een hechtingsstoornis ontstaan.

Kinderen met het Kiss-syndroom kunnen ook een hechtingsstoornis krijgen. Dezen kunnen een hechtingsstoornis ontwikkelen omdat zij niet opgepakt willen worden en hierdoor de veiligheid en de geborgenheid niet kunnen ervaren.

Voor de pleeg- en adoptiekinderen geldt dat het voor hen heel moeilijk kan zijn zich (opnieuw) te hechten. Als pleegkinderen in een pleeggezin geplaatst worden, vindt er scheiding plaats van de (nog aanwezige) ouders. Pleegkinderen hebben vaak een moeilijke tijd in het gezin van herkomst gehad, waardoor het vertrouwen in de wereld en in zichzelf is geschaad. Voor deze kinderen is het dan moeilijk om de pleegouders te gaan vertrouwen.

Adoptiekinderen worden uit hun land van herkomst gehaald. Hierbij worden ze geconfronteerd met een verandering van klimaat, van sfeer, van reuk, van personen. Het hechten aan die nieuwe personen en omgeving is niet vanzelfsprekend.

Daarnaast zijn er de stiefkinderen. Wanneer de opvoeder een nieuwe partner krijgt is het niet vanzelfsprekend dat het kind hier een hechte band mee opbouwt. Het kind ziet de nieuwe partner als een rivaal in de relatie met de opvoeder. Wanneer de geboden liefde en acceptatie van de nieuwe partner wordt afgewezen door het kind kan er geen hechting ontstaan.

Voor veel kinderen geldt dat ze in een bepaalde mate gehecht zijn aan hun opvoeders. Geen enkele opvoeder is perfect en elk kind heeft zijn eigenaardigheden waardoor het basale hechtingsproces nooit helemaal perfect verloopt. Dat betekent dat veel mensen moeten leren leven met een bepaalde mate van onzekerheid en angst.

1.4 Is het te genezen?

Dr. de Lange (2002) spreekt niet van herstel, in zijn boek noemt hij het terugbrengen naar de positieve betrokkenheid, het terug brengen naar het goede spoor. Zoals ik al vermeldde in hoofdstuk 1.1 is volgens De Lange, de duur van herstel bij een secundaire fundamentele relatiestoornis korter dan het herstel van een primaire fundamentele relatiestoornis. Bij de secundaire gaat het om het hervinden van de verdrongen beheersingspatronen. Bij de primaire gaat het om het vanaf het begin aanleren van de beheersingspatronen.

Geertje van Egmond (1987) geeft duidelijk aan dat zij van mening is dat hechtingsstoornissen niet te genezen zijn. Zij noemt het GBS dan ook een emotionele handicap die niet te genezen is. Wel is zij van mening dat een GBS kind te behandelen is op een manier zodat het kind met deze emotionele handicap weet om te gaan. In haar boek 'Verbinding Verbroken' (2001) zegt Van Egmond ervan overtuigd te zijn dat er voor veel GBS kinderen voldoende hoop is op groei naar een bevredigend volwassen bestaan met, afhankelijk van het individuele geval, een min of meer stabiel sociaal netwerk.

Naar schatting is bijna 70% van de kinderen veilig gehecht. Voor de overige 30% geldt dat zij met goede begeleiding, ondersteuning en advies bijgestuurd kunnen worden in het aangaan van relaties met anderen.

Samenvatting

Hechting is een relatief duurzame affectieve relatie tussen een kind en één of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig interactie heeft. Wanneer een kind een onveilige hechting heeft gehad ontstaat er een hechtingsprobleem. Er is een verstoring van de relatie tussen het kind en de opvoeders, waarin betrokkenheid van de behoeften van het kind en de wereld eromheen niet gelijk lopen. Hechtingsproblemen kunnen hun oorzaak vinden in de eerste drie levensfasen van het kind: tijdens de zwangerschap, de geboorte en/of de vroegste fase. In veel gevallen kunnen er traumatische ervaringen aan de orde zijn geweest. Een hechtingsprobleem is te herstellen. Er wordt ook wel gesproken van een emotionele handicap waar het kind mee kan leren omgaan.

2. GESCHIKTE METHODEN

Inleiding

In hoofdstuk 2 komen methoden aan bod die men gebruikt voor de behandeling van kinderen met een hechtingsprobleem. In hoofdstuk 2.1 begin ik eerst met het Pedagogisch leermodel te beschrijven. De methoden worden beschreven in hoofdstuk 2.2. Hierna wordt in hoofdstuk 2.3 beschreven hoe een hulpverlener met de methoden om moet gaan en in hoofdstuk 2.4 wordt het effect van de methode op het kind beschreven.

2.1 Welke geschikte methoden zijn er?

Dr. G. de Lange (2002) beschrijft twee opvoedingswijzen bij hechtingsstoornissen; terug naar het begin met kinderen tot negen jaar en de sociogroepsopvoeding voor oudere kinderen. Bij deze opvoedingswijzen gaat hij uit van het pedagogisch leermodel. Om beter zicht te krijgen op de methoden van De Lange (2002) wordt het pedagogisch leermodel hieronder beschreven.

Pedagogisch leermodel

Volgens De Lange (2002) is het nodig om zicht te krijgen op hechting, de betrokkenheid van kind en wereld op elkaar, als fundamenteel gegeven in de groei van een mens. De Lange vindt het noodzakelijk om in de hulpverlening, zeker bij hechtingsstoornissen, uit te gaan van een pedagogisch leermodel. Het pedagogisch leermodel wordt gevormd door een aantal elementen die ik hier kort zal beschrijven.

Opvoedingsrelaties

Volgens De Lange moet iedereen die het kind omgeeft ook worden opgenomen in het begrip *opvoeding*. Met al deze mensen heeft het kind dan ook een *relatie*.

Aansluiting

De Lange zegt dat het kind niet identiek is aan zijn behoefte. Dit betekent dat het kind wel de behoefte kan ervaren en dat de wereld deze behoefte wel of niet bevredigt.

Wanneer behoefte en wereld niet goed op elkaar aansluiten voelt de mens zich bedreigd en onveilig.

Mensen hebben de behoefte om een emotionele band te hebben met de mensen om zich heen. Aan deze mensen zal de behoefte dan ook meegedeeld worden.

De opvoeding houdt zich bezig met deze vormen van aansluiting van kind tot medemens.

Beheersing

Het kind zal door de opvoeder een wereld aangeboden moeten krijgen die aansluit op de behoeften van het kind. Beheersingspatronen zijn voor een kind van wezenlijk belang. Het kind leert het patroon, dat zijn opvoeder hem biedt, herkennen. Hierdoor ontwikkelt het kind een soort van interne klok. Het worden interne patronen waardoor behoeften niet meer ongereguleerd om een antwoord vragen.

Belangrijk hierbij is dat er zonder veiligheid geen beheersing groeit. Het is dus van belang dat het kind zich veilig voelt.

Volgens De Lange zijn behoefte en antwoord pas in evenwicht wanneer er lichamelijke nabijheid, emotionele betrokkenheid en een duidelijke structuur wordt geboden.

Levensbeschouwelijke c.q. culturele kleuring

Opvoeders bieden hun kind een wereld aan die in hoge mate levensbeschouwelijk of cultureel bepaald is. Dit hoeft niet altijd bewust te gebeuren. Opvoeders kiezen hun eigen wijze van omgang en betrokkenheid uit alle mogelijke alternatieven. Hierdoor oefent de opvoeder invloed uit op de groeiende beheersingspatronen van het kind. De beheersingspatronen van het kind worden hierdoor normatief gekleurd. De horizontale aansluiting van behoefte en wereld leidt tot beheersingspatronen, die ook voor die mens geldende normen van handelen, voelen en denken zijn.

Behoeftenreeks

Tijdens de groei van het kind doorloopt het een aantal fasen. Iedere fase vraagt een bepaald aspect van de mens een bijzondere aandacht. Voor een bepaalde tijd is één bepaald aspect belangrijk voor het kind. Wanneer de opvoeder hier niet voldoende antwoord op geeft, heeft dit negatieve gevolgen. De betrokkenheid wordt ondermijnd waardoor de groei van beheersingspatronen wordt belemmerd. Daarnaast is het van belang dat alle fasen goed worden doorlopen omdat de ene gezond doorgroeide fase het fundament vormt voor de volgende fase.

Is er sprake van verbondenheid en adequaat antwoord geven op de behoefte, dan voelt het kind zich veilig. Wanneer er onvoldoende aansluiting bij het kind is, zal het kind zich ongeborgen voelen.

In elke fase staan er andere behoeften centraal. Om dit te verduidelijken volgt hieronder een tabel met de verschillende fasen en de daarbij behorende behoeften.

Groeifasen		
0 maanden tot 5 maanden Lichamelijke behoefte	Veilig voelen	Lichamelijke-ik
5 maanden tot 5 jaar Veilig voelen	Geborgen voelen	Affectief-ik
5 jaar tot 9 jaar Verbale, verstandelijke behoefte	Houvast in het weten Aansluiting	Verstandelijke-ik
Rond 6 jaar Schoolkind	School moet aansluiten op verstandelijke-ik	
9 jaar tot 12 jaar Sociale behoefte	Erkenning	Sociaal-ik
Puberteit Ethische, religieuze behoefte	Keuzes kunnen en mogen maken	Beheersingspatronen naar eigen inzicht invullen.

Ik als uniek mens

Alle behoeften zijn vanaf de geboorte min of meer aanwezig. Bij een gezonde groei blijven de behoeften van de voortgaande fase (zoals aangegeven in de bovenstaande tabel) aanwezig en behoeften die nog aan bod komen zijn in toenemende mate aanwezig. De werkelijkheid over dingen (bijvoorbeeld het verschil tussen voelen en weten) zoals we die zien, hangt af van welke 'ik' oordeelt. Er is geen één 'ik'. Het kind wil niet beoordeeld worden op één 'ik', er moet rekening worden gehouden met zijn verschillende verschijningsvormen.

Groeilijnen

- De normale groeilijn

Er is sprake van gezonde groei wanneer er voldoende ervaring is opgedaan aan basisveiligheid, geborgenheid, houvast in het weten, erkenning van leeftijdsgenoten, zelf kunnen en mogen kiezen en het hebben van een verantwoordelijkheid van het eigen leven.

- Groeilijn met partiële missers

Bij veel mensen zijn bepaalde ervaringen in hun jeugd niet positief geweest. Deze mensen konden als kind zijnde niet de aansluiting vinden of het antwoord van de opvoeder was niet adequaat genoeg. Een voorwaarde voor de menselijke groei is dat er in alle aspecten aansluiting wordt gevonden. Alleen dan kan de mens opgroeien tot een betrekkelijk, volledig mens.

- Afgebroken groeilijn

Wanneer het kind thuis wel de basis voor positieve beheersingspatronen heeft meegekregen maar op school hier geen aansluiting in vindt, spreken we van een afgebroken groeilijn. Het verstandelijk-ik wordt in verwarring gebracht en het kind trekt zich terug op de eerder geleerde behoeften. Wanneer opvoeders en school niet adequaat reageren worden ook deze behoeften bedreigd. Het gevolg is dat er een proces van ontworteling op gang komt. Er ontstaat een fundamentele relatiestoornis wanneer ervaring van veiligheid en geborgenheid verdwijnt.

- Gesplitste groeilijn

Een gesplitste groeilijn kan ontstaan in de pubertijd. In de pubertijd is men in staat om eigen keuzes te maken en de eigen beheersingspatronen in te vullen. Men kan dan in zijn ene rol een vriendelijk persoon zijn maar in een andere omgeving juist als een agressief mens worden gezien.

- Nooit begonnen groeilijn

Wanneer het kind vanaf zijn geboorte, of zelfs al daarvoor, een hoge mate van onveiligheid heeft ervaren, is er geen sprake van groei in de beheersingspatronen. Het kind begint aan een proces van zelfhandhaving en passiviteit. Het kind blijft dan in de basisonveiligheid hangen. Dit worden de fundamenteel hechtingsgestoorde kinderen genoemd.

In het pedagogisch leermodel van De Lange (2002) staat de behoeften van het kind centraal. Opvoeders geven antwoord op de behoeften van het kind. Hierdoor ontstaan aansluiting en betrokkenheid.

Het pedagogische leermodel van De Lange (2002) heeft een aantal orthopedagogische uitgangspunten waaruit het orthopedagogisch handelen is ontstaan.

- De Lange zegt dat het niet meer zo is dat de opvoeding als vanzelfsprekend verloopt. Dit heeft een aantal oorzaken, ten eerste is de grondhouding van vanzelfsprekendheid door de eigen opvoeding en maatschappelijke invloeden sterk aangetast. Daarnaast speelt het eigenbelang van de opvoeders ook een rol. En modeverschijnselen, waar opvoeders aan meedoen, zijn niet altijd bevorderlijk voor de opvoeding van een kind.
- Er is in de maatschappij een toenemende mate van kunstmatigheid. Zowel naar andere mensen toe als in ons dagelijks leven (te denken aan scholen en kantoren).
- In onze maatschappij wordt aan het principe vastgehouden dat elke opvoeder van zijn eigen kind houdt. Dit is volgens De Lange tegen beter weten in.
- Opvoeders kunnen bij problemen hulp inroepen maar zijn dit niet verplicht. Alleen in bewezen lichamelijke mishandeling kan justitie de opvoeders ter verantwoording roepen. Emotionele mishandeling kent geen bewijsmateriaal en justitie kan hierdoor de opvoeders hiervoor niet ter verantwoording roepen.

Als de vanzelfsprekendheid van de relaties in de opvoeding als uitgangspunt wordt genomen en de aansluiting tussen deze relaties niet als vanzelfsprekend verloopt, dan bevinden we ons op orthopedagogisch terrein. Orthopedagogen behoren te zijn, daar waar de pedagogische omgang van de opvoeders, vraagt naar vakkundige begeleiding. Orthopedagogen willen zich het liefst verzekeren van de samenwerking met artsen, psychologen en andere vakspecialisten.

De grondstelling van de orthopedagogiek is dat, wat er ook verkeerd zit, de gewone opvoeding moet blijven waar de bestaande relaties een positief aspect hebben. Deze relaties moeten gewaardeerd worden, in stand gehouden, gerespecteerd, versterkt en zo nodig van de negatieve elementen verlost. Het verbreken van deze aanwezige misschien dubieuze betrokkenheden, de groeirelaties, moet worden gezien als een onverantwoord pedagogisch handelen. Uithuisplaatsing is slechts verantwoord als er geen groeirelaties in het eigen milieu aanwezig zijn!

Toegespitst op het orthopedagogisch handelen bij hechtingsstoornissen betekent dit volgens De Lange;

1. Terug in de tijd

Bij een hechtingsgestoord kind zal altijd teruggedaan worden naar de tijd waarin de aansluiting op de wereld verstoord werd. Er wordt teruggedaan naar de leeftijd waarop het kind nog positieve betrokkenheid beleefde maar waar het negatieve betrokkenheid begon te ervaren. Vanuit dat punt wordt opnieuw begonnen met het vinden van de aansluiting. Wanneer dit vanwege de leeftijd onmogelijk is, dan zal worden teruggedaan naar de periode waar positieve aansluiting kan worden bewerkstelligd.

2. Meer tijd nodig

Vanaf het eerste moment van verstoring in de aansluiting bouwt het kind een zelfhandhavingpatroon op. Deze zelfhandhaving wordt pas opgeheven wanneer de positieve betrokkenheid is hersteld of tot stand is gekomen omdat het kind deze dan niet meer nodig heeft. Het vraagt veel tijd en inzet om de positieve betrokkenheid tot stand te brengen. De normale betrokkenheid van de opvoeder is hier dan ook niet genoeg. Er moeten positieve beheersingspatronen groeien die de zelfhandhavingpatronen overbodig maken. Het kind bepaalt hoeveel tijd de primaire opvoeders en de secundaire opvoeders (oppas, kinderopvang) hierin moeten investeren.

3. Een aparte plaats

Een hechtingsgestoord kind voelt een kloof tussen zichzelf en de wereld om hem heen. Om deze kloof te overbruggen is het meestal nodig dat de opvoeder met het kind op een plaats gaat zitten waar het ongestoord samen kan zijn. De hulpverlener zorgt ervoor dat het kind zich in positieve zin ergens bij kan voelen, ergens waar hij aansluiting vindt.

4. Planmatig handelen

Voordat er met een eventuele begeleiding wordt begonnen, moet er worden gekeken naar de mogelijk aanwezige lichamelijke factoren die de problematiek (mede) kunnen bepalen. Bij jonge kinderen (peuters en kleuters) zijn er gegevens van een medisch onderzoek nodig. Bij oudere kinderen is een analyse nodig van relaties die het kind in de loop der jaren heeft doorleefd. Vooral de positieve en de negatieve aspecten hiervan moeten in de analyse worden vermeld. Deze analyse is nodig om te zien waar de aansluiting nog aanwezig is en waar mogelijkheden tot aansluiting zijn. Daarnaast wordt er zo ook gekeken naar de mogelijkheden van de opvoeders en de mogelijkheden van de omgeving.

Naast de analyse voor de oudere kinderen is het hier ook noodzakelijk zich te verdiepen in de mogelijke oorzakelijke factoren (zoals hersenbeschadiging, verslaving en ziekten).

2.2 Wat houden deze methoden in?

Er zijn meerdere methoden die ik in dit hoofdstuk verder zal gaan beschrijven. De methoden die aan bod komen zijn:

- A. Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar
- B. De sociogroepsopvoeding voor oudere kinderen
- C. Browndale-huizen
- D. Therapeutische pleegzorg
- E. Sherborne-methode

A. Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar

Om het pedagogische te benadrukken gebruikt De Lange (2002) het woord 'behandelen' niet.

Bij deze methode wordt er vanuit gegaan dat de fundamentele relatiestoornis bij een kind te maken heeft met het gebrek aan veiligheid en geborgenheid.

Om te bepalen of er sprake is van een fundamentele relatiestoornis wordt er uitgegaan van het verhaal van de opvoeders. Na dit verhaal wordt er met de opvoeders systematisch nagegaan hoe vanaf voor de geboorte tot heden de ontwikkeling is geweest van aansluiting. In hoeverre er sprake is van wederkerigheid en of er sprake is van groei in de beheersingspatronen of zelfhandhavingspatronen. Dit wordt nagelopen om tot het oordeel te komen of er sprake is van een primaire of secundaire relatiestoornis.

De Lange werkt met deze methode zo dat hij het kind niet hoeft te zien. Volgens hem heeft het kind al genoeg onderzoeken gehad en hoeft het niet weer opnieuw te worden herinnerd aan het feit dat hij anders is. De Lange begeleidt de opvoeders in hun groeiproces zo, dat zij op hun eigen wijze en tempo met hun eigen mogelijkheden de kloof tussen het kind en henzelf kunnen overbruggen. Deze begeleiding dient een directief en ondersteunend karakter te dragen. Er moeten steeds aansluitend op het verhaal van de opvoeders, concrete suggesties worden gedaan. Het is hierbij van belang dat er zoveel mogelijk de eigen creativiteit van de opvoeders wordt uitgelokt.

De begeleiding is afhankelijk van de leeftijd, de handhavingspatronen, de ontwikkelingspatronen van het kind, van de opvoedingssituatie, reacties van het kind en van de opvoeders. Elke situatie is weer anders en dient ook anders te worden aangepakt volgens De Lange. Wel zijn er grote overeenkomsten in het verloop van het proces van 'terug naar het begin'.

Deze opvoedingswijze kan worden toegepast bij kinderen tot ongeveer negen jaar. Deze beperking heeft ermee te maken dat kinderen vanaf deze leeftijd socialiseren. Zij nemen meer waar van leeftijdgenootjes en nemen dit ook over. Het betrokken voelen bij leeftijdgenootjes is op deze leeftijd vanzelfsprekend. De kinderen hebben zich doordat zij geen vertrouwen hadden in volwassenen, betrokken gevoeld bij leeftijdgenootjes. De leeftijdsgrens van negen jaar hoeft niet altijd vastgehouden te worden. Opvoeders moeten dan wel over voldoende stressbestendigheid beschikken. Ook moeten zij de uitdrukkelijke wens hebben om de wederzijdse betrokkenheid te bevechten. Daarnaast is het erg belangrijk dat er bij het kind de behoefte aanwezig is om kleinkinderlijke lichamelijke en emotionele omslotenheid te ervaren. Voordat opvoeders met deze methode aan de gang gaan, moeten zij het kind inzicht geven in wat er aan de hand is.

De Lange maakt onderscheid in het eigen kind en het pleeg/adoptiekind.

Bij het eigen kind zal het vooral gaan om een lichamelijk moeilijke bevalling waarbij er een verwringing in de nekspieren is ontstaan (zie hoofdstuk 1.2 Kiss-syndroom). Maar ook dat het genetisch is bepaald in hoeverre kinderen zich thuis voelen in de eigen omgeving. Daarnaast is de lichamelijke betrokkenheid volgens De Lange niet altijd vanzelfsprekend.

Bij het pleeg/adoptiekind is er geen sprake van vanzelfsprekende betrokkenheid. Het is voor deze opvoeders, in vergelijking met de biologische opvoeders, moeilijker om tot een vanzelfsprekende aansluiting tot het kind te komen. Maar ook voor het kind kan dit moeilijker zijn omdat de opvoeder een 'vreemde' is voor het kind.

Peuters die zich in hun babytijd onveilig hebben gevoeld, blijken in de peupertijd de geborgenheid van de relatie met opvoeders niet te kunnen ervaren. Er zijn meerdere type peuters die allen een andere aanpak vragen;

- De actieve peuter

Deze peuter wil niet luisteren, reageert niet op het lief of streng doen van de opvoeder. De peuter gaat zijn eigen gang.

Door het ongewenste gedrag te negeren wordt het gedrag alleen maar erger. De peuter ervaart angst omdat er geen grenzen zijn. Er moet een band van wederkerige betrokkenheid zijn om te kunnen straffen. Is deze wederkerige betrokkenheid er niet dan ervaart de peuter de straf als afgewezen worden.

Peuters die ongewenst gedrag vertonen moeten door de opvoeder met liefde worden vastgehouden. De peuters moeten veiligheid en geborgenheid voelen.

De opvoeder moet de peuter net zo lang bij zich houden en er liefdevol tegen praten tot de peuter zich aan de opvoeder overgeeft. Na deze overgave laat de opvoeder de peuter deze gevoelens van samen-zijn meerdere malen ervaren. Het gevoel van alleen zijn zal dan bij de peuter gaan verdwijnen en zal zich geborgen gaan voelen. Door het ervaren van het positieve lichamelijke en emotionele samen-zijn wil de peuter zich beheersen. Er kunnen nu nieuwe en gezonde beheersingspatronen gaan groeien.

- De passieve peuter

Deze peuter gedraagt zich alsof hij geen lichamelijke en affectieve behoefte heeft. De peuter doet alsof hij tevreden is wanneer hij aan zichzelf wordt overgelaten.

Ook deze opvoeder moet de peuter de liefdevolle omsluiting bieden. Wanneer deze peuter hieraan went wordt hij een actieve peuter en moet het traject van de actieve peuter worden ondernomen. Er moet nu een traject komen van gezonde beheersing op basis van veiligheid en geborgenheid.

- De zich vastklampende peuter

Deze peuter wil vanuit angst en onveiligheid niet alleen worden gelaten. Hij houdt zich vast aan de opvoeder. Hier begint de opvoeder ook met het kind te omsluiten. Wanneer er een band van wederkerigheid is, kan de opvoeder de peuter een kleine opdracht geven om zonder hem iets te doen.

- Pleeg- en adoptie peuters

Deze peuters ervaren grote verschillen tussen hun veilige omgeving en de nieuwe omgeving. Alles is voor deze peuters anders. Zij kunnen blijven vasthouden aan wat vroeger voor hun veilig was. De opvoeder kan zich hierbij inmengen. Bijvoorbeeld wanneer de peuter alleen met een deken op de grond wil slapen, omdat dit vertrouwt is. De opvoeder kan dan samen met het kind op een matras op de grond gaan liggen slapen. Zo ontstaat de eerste aansluiting tussen de oude veiligheid van de peuter en de veiligheid van het heden. Ook is het voor deze peuters belangrijk dat zij eerst het gezin waarin zij komen te wonen leren kennen. Wanneer zij het gezin als vertrouwt ervaren kan dit worden uitgebreid naar verdere familie, vrienden en kennissen.

- Hierna komt de overgang van peuter tot kleuter.

Wanneer er bij kleuters sprake is van fundamentele onrust door onveiligheidsgevoelens, zullen opvoeders moeten teruggrijpen op het naar zich toehalen.

Kleuters en schoolkinderen met een fundamentele relatiestoornis hebben de vorige fasen niet gezond doorgroeit. Of zij hebben vorige fasen wel goed doorlopen, maar kunnen geen aansluiting vinden in de nieuwe fase. Dit laatste kan zo erg zijn dat het kind ontworteld raakt. Veiligheid en geborgenheid maken dan plaats voor angst en verlatenheid.

De aanpak van deze kleuters en schoolkinderen is dezelfde als bij de peuters met nieuwe aspecten. Kleuters en schoolkinderen zijn zich ervan bewust welke volwassenen hen in de steek hebben gelaten. Dit kind wordt zich bewust van zijn wantrouwen tegen volwassenen. Hij zal de volwassenen dan ook proberen te weren.

Dit kind kan moeilijk over zichzelf praten en de situatie onder ogen zien. De Lange raad de opvoeders aan om met sprookjesachtige verhalen te communiceren met hun kind. Het kind kan hierdoor gevoelens van herkenning ervaren maar zich wel achter het verhaal verschuilen. (De Lange noemt een aantal voorbeelden van verhalen die opvoeders kunnen gebruiken. Ik verwijs hierdoor naar het boek 'Relatiegestoorde kinderen' De Lange, 2002) Als het kind 'aanspreekbaar' begint te worden, kunnen opvoeders proberen te zien of het kind de verstandelijke aansluiting met de opvoeders op prijs stelt. Wanneer het kind geen antwoord weet, kan de opvoeder mogelijkheden verzinnen, bijvoorbeeld; 'Kan het zijn dat je...'

De verstandelijke aansluiting kan bevorderd worden door met het kind rollenspellen uit te beelden. Deze rollenspellen kunnen twee functies hebben; het kan het gedrag en achterliggende gevoelens verhelderen en het kan de beheersing van het kind bevorderen. Wanneer het kind zich op een gezonde wijze gaat beheersen, zal deze beheersing tot stevige beheersingspatronen moeten leiden.

Veel van deze kinderen zijn in hun aard hypergevoelig. De Lange zegt dat zij daardoor ook gevoelig zijn voor de symboliek van de sprookjesverhalen.

B. De sociogroepsopvoeding voor oudere kinderen

De Lange (2002) zegt dat het vrijwel onmogelijk is om fundamenteel relatiegestoorde kinderen, ouder dan negen jaar te helpen op de wijze zoals bij de methode Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar. Na het negende jaar komt het kind in de sociale fase. Hierin zijn ze op zoek naar erkenning van leeftijdgenootjes. Kinderen die in de sociale fase zitten, spelen vanuit zichzelf, de opvoeder hoeft hier geen aanwijzingen meer te geven. Deze kinderen spelen in de groep, tot de groep er geen zin meer in heeft en het spel beëindigt. Zo vormen negen tot twaalfjarigen spontaan groepen en subgroepen, welke hecht of minder hecht kunnen zijn en ook voor langere of kortere duur kunnen blijven bestaan. De Lange gebruikt voor deze vorm van samen-zijn het begrip sociogroep. Kenmerkend voor deze groepsvorming is het spontane karakter van het samenzijn, het beleefde plezier in het actief bezig zijn. De vanzelfsprekende saamhorigheid en de behoefte van de groepsgenoten erbij te willen horen. Groepsnormen waar de groepsleden zich naar vormen, ontstaan in hechte groepen die een lang bestaan hebben. Het zich voegen naar de normen leidt tot het zich eigen maken van de normen. Dit leidt weer tot de groei van beheersingspatronen.

De opvoedingsmogelijkheid van deze kinderen ligt in het (terug)brennen tot het positief ervaren van het deelnemen aan een groep. In alle sociogroepsactiviteiten gebruiken de kinderen hun lichaam, gevoel, mond en verstand. Dat heeft tot gevolg dat de in de vorige fasen gegroeide lichamelijke, emotionele en verbaal verstandelijke beheersingspatronen invloed en verandering ondergaan van en door het samen-zijn.

Kinderen die in de sociale fase van het leven zitten, hebben de behoefte deel uit te maken van een sociogroep. Geen volwassene kan de behoefte aan sociale betrokkenheid op leeftijdgenootjes ondervangen of invullen. De verhoudingen van de groepsleden binnen de sociogroep zijn duidelijk bepaald. Er bestaat een strakke hiërarchie binnen de sociogroep. Kinderen met een fundamentele relatiestoornis worden niet teruggehouden door een innerlijke lichamelijke of emotionele norm. Wel zijn zij bevooroordeeld over de groep en nemen zij zelfhandavingspatronen met zich mee de groep in. Zij zijn op zoek naar een plaats waarin zij zich gelukkig zouden kunnen voelen. Dit betekent voor hun een plaats waarin zij bevestiging, veiligheid en geborgenheid kunnen ervaren.

In een sociogroep stimuleren kinderen elkaar waarbij ze tot prestaties komen waartoe zij individueel niet in staat zijn.

Om de sociogroepsopvoeding als pedagogische middel te gebruiken zijn er een aantal fundamentele elementen als voorwaarde gesteld:

- De ervaring van veiligheid en geborgenheid in de groep;
- Het ervaren van vanzelfsprekendheid in het samen-zijn;
- Gemotiveerd zijn en actiegericht;
- Verantwoordelijkheid voor elkaar;
- De groepsleiding heeft geen deel aan de sociogroep.

Het opvoeden door middel van de sociogroep houdt in:

- Het voorkomen van de noodzaak tot zelfhandhavingsgedrag bij de kinderen;
- De groei van het sociaal-ik;
- De groei van gezonde lichamelijke, emotionele en verstandelijke beheersingspatronen;
- Het uitdagen van een gezonde behoefte aan levens- en toekomstperspectief, een nieuwe identiteit.

C. Browndale-huizen

In 1966 gaf de Canadees John Brown de eerste aanzet tot therapeutische gezinshuizen voor kinderen met gedragsproblemen.

Een therapeutische gezinshuis is een kleine woon- en leefeenheid voor hulp aan vier tot zes kinderen met gedragsproblemen. De kinderen zijn tussen de 4 en 12 jaar oud. Ze zijn ernstig in hun ontwikkeling gestagneerd door uiteenlopende omstandigheden. Het huis wordt geleid door drie of vier volwassenen en functioneert als vervangend gezin. Verzorging, behandeling en opvoeding zijn volgens de Browndale-methode nauw met elkaar verweven in de begeleiding. Het doel van de opname is de kinderen een (nieuwe) evenwichtige balans te bieden voor hun verdere groei en ontwikkeling. De basismethodiek is voor alle kinderen gelijk. Daarnaast wordt voor elk kind een specifieke aanpak ontwikkeld. Zo wordt geprobeerd de kinderen te laten ervaren wat een 'normaal' gezinsleven is en dat er volwassenen zijn die te vertrouwen zijn.

De organisatie binnen het huis lijkt op die van een grote familie.

De medewerkers in het huis, zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de verzorging en opvoeding van de kinderen en het huishouden. De interne taakverdeling is gebaseerd op de ervaringen van de individuele medewerkers. Voor de externe contacten is er één aanspreekbare medewerker, deze wordt het gezinshoofd genoemd.

Het idee achter de Browndale-huizen is dat kinderen via de opvoeding de vaardigheden voor samenwerken aanleren. Soms gaat dit mis binnen het eigen gezin. Dit kan komen doordat ouders het zelf niet hebben geleerd of doordat er problemen waren die niet adequaat genoeg zijn opgelost. Deze kinderen leren in de Browndale-huizen toch deze samenwerking aan te gaan. Ze ontwikkelen zo de vaardigheden die zij nodig hebben in hun toekomst.

Het Browndale-huis biedt de kinderen een warme, overzichtelijke omgeving en een opvoeding die berust op menselijke ervaringskennis. Door een zo normaal mogelijke woon- en leefsituatie voor deze kinderen te creëren, stelt het Browndale-huis de kinderen in staat om het noodzakelijke leer- en ontwikkelingsproces door te maken.

Routinehandelingen geven het dagelijks leven vorm. Dit is zeer belangrijk bij kinderen met een hechtingsstoornis die vaak geen tijdsbesef hebben. Eén van de uitgangspunten van de Browndale-methode is dan ook dat elk kind recht heeft op onvoorwaardelijke zorg.

De Browndale-methode onderscheidt twee vormen van problematisch gedrag. Deze zijn;

- *Limits*
- *Anchorpoints*

Onder *limits* wordt verstaan; het overtreden van de uiterste grens, de grens is het in gevaar brengen van de eigen veiligheid, die van anderen en/of materiele schade. Over *limits* valt niet te onderhandelen. Na het geven van een duidelijk verbod, door de medewerker, gaat men over op het stoppen van het onveilige gedrag. Het kind wordt dan vastgepakt door de medewerker. Dit vastpakken zorgt ervoor dat het kind wordt beschermd tegen zijn eigen woede en heet een *holding*.

Bij een *anchorpoint* gaat het om 'onhandelbaar gedrag', het kind gedraagt zich problematisch. De medewerker geeft hierbij aan welk concreet gedrag hij ziet en niet bevalt. Daarna verwoordt de medewerker welk gedrag hij graag wel wil zien. Wanneer het gewenste gedrag niet zichtbaar wordt kan de medewerker ervoor kiezen om het kind tot een 'uitbarsting' te laten komen. De medewerker moet hierbij zelf inschatten hoe en waar dit het beste plaats kan vinden.

Het verblijf van een kind in een Browndale-huis ligt tussen de twee en de drie jaar. Bij het verblijf in het Browndale-huis komt ook het feit dat het kind meestal van school moet veranderen. Wanneer het te moeilijk voor het kind is om naar school te gaan, gaat het eerst naar het activiteitencentrum. Dit is een legerichte plaats waar kinderen uit verschillende Browndale-huizen uit de regio (een gedeelte van) de dag doorbrengen.

De Browndale-huizen gaan ervan uit dat de meeste kinderen terug naar huis gaan. Maar er zijn ook kinderen die naar pleeggezinnen gaan of naar een begeleidt op kamer wonen project.

Ter ondersteuning van de behandeling krijgen ook de opvoeders begeleiding. Zij krijgen informatie over de gang van zaken in het therapeutisch gezinshuis. Er is aandacht voor hoe zij de behandeling ervaren, daarnaast is er aandacht voor hun individuele problematiek. De ouderbegeleider helpt de opvoeders bij het zoeken naar passende hulp, bijvoorbeeld schuldsanering, het leggen van contacten met verslavingszorg of het zoeken naar passende therapie. De ouderbegeleider besteedt in de loop van de behandeling met name aandacht aan het toekomstperspectief van het kind en zijn opvoeders.

D. Therapeutische pleegzorg

De therapeutische gezinsverpleging als methodiek voor in hun sociaal-emotionele ontwikkeling ontspoorde kinderen is gebaseerd op kinderpsychiatrische diagnostiek, dit betekend multidisciplinaire diagnostiek. Iedere discipline verzorgt een bijdrage in het onderzoek, die vervolgens door de kinderpsychiater of de ontwikkelingspsycholoog als behandelcoördinator, worden geïntegreerd tot een diagnostisch totaalbeeld.

Het multidisciplinaire team is, naast de kinderpsychiater, samengesteld uit een ontwikkelingspsycholoog, een orthopedagoog en een maatschappelijk werkende, die het verband tussen psychopathologie en systeemdenken legt. Op indicatie worden andere disciplines bij de diagnostiek betrokken, zoals een psychotherapeut.

Therapeutische pleegzorg is een zorgprogramma voor kinderen waarbij de opvoeders gedurende langere tijd niet in staat zijn om voor de kinderen te zorgen en waarbij er sprake is van door psychiatrische problemen veroorzaakte gedrags- of belevingsstoornissen.

Therapeutische pleegzorg is niet speciaal gericht op kinderen met een hechtingsstoornis, maar op alle kinderen uit gezinnen waarbinnen met de minder ingrijpende behandelvormen op redelijke termijn geen resultaat wordt geboekt voor wat betreft de opvoedingsmachteloosheid. Te denken valt aan kinderen met onder andere gedragsstoornissen, angststoornissen en ontwikkelingsstoornissen.

Ik zal mij hier toch richten op therapeutische pleegzorg bij hechtingsstoornissen.

Kinderen die als pasgeborene onvoldoende mogelijkheid tot hechting hebben gekend, hebben meestal, door hun tekort aan relationeel vermogen, verschillende opvoedingsmoeilijkheden.

Therapeutische pleegzorg wordt veelal uitgevoerd binnen het door de kinderrechter uitgesproken ondertoezichtstelling*.

* Ondertoezichtstelling is een maatregel van de Kinderbescherming, op basis waarvan het ouderlijk gezag van ouders over hun kind(eren) wordt beperkt. De betrokken minderjarige wordt onder toezicht gesteld van een gezinsvoogdijinstelling, die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de maatregel.

Er zijn twee vormen van therapeutische pleegzorg te onderscheiden:

- De eerste vorm is de pleegzorg als onderdeel van een zorgprogramma. Dit programma heeft als doel het kind zo snel mogelijk terug te plaatsen in het ouderlijk gezin. De pleegzorg duurt hier zo kort mogelijk.
- De tweede vorm behelst pleegzorg als opvoedingsarrangement. Hierbij gaat het om plaatsing in een pleeggezin voor een langere periode. Het doel is hierbij het pleegkind een nieuwe opvoedingssituatie in het pleeggezin te bieden. Hierbij is het voor zowel het pleegkind, de ouders als de pleegouders vanaf het begin duidelijk, dat terugkeer van het pleegkind in het ouderlijk gezin min of meer uitgesloten is.

De uitvoering van de multidisciplinaire methodiek wordt gedragen door de beschikbaarheid van een hecht, goed op elkaar ingespeeld team met korte en open communicatielijnen. De sfeer wordt gekenmerkt door veiligheid en continuïteit om daarmee holding te kunnen bieden aan de pleegouders en hun gezin.

Wanneer een kind bij een pleeggezin wordt ondergebracht dan heeft dit gezin vanuit de therapeutische pleegzorg een ouderbegeleider. Deze ouderbegeleider is de 'go-between' tussen het multidisciplinaire team en de pleegouders. De ouderbegeleider wisselt regelmatig de ervaringen van de pleegouders met het kind uit met de pleegouders om zo op één lijn te komen. Er worden tussen de ouderbegeleider en de pleegouders veel gesprekken gevoerd over het gedrag van het kind en de grenzen die de pleegouders daaraan zullen moeten stellen.

E. Sherborne-methode

De Sherborne-methode is een bewegingspedagogiek volgens Veronica Sherborne (1922-1989). De methode wordt gebruikt in de opvoeding van peuters en kleuters, in de begeleiding van kinderen en volwassenen met sensorische problemen, lichamelijk en/of mentale handicaps, bij psychiatrische patiënten en gezinsgerichte therapieën.

Sherborne ontwikkelde haar ideeën vanuit de bewegingen van baby's. De eerste gewaarwordingen van kinderen zijn gedragen en ondersteund worden, ingepakt, gevoed en gewassen worden. Als baby krijgt men de eerste informatie over zichzelf en de mensen rondom zich. Het zich bewust worden van het eigen lichaam gebeurt bij een normale ontwikkeling als baby. Eerst door passief de bewegingen te ondergaan, later door zelf te bewegen. Dit lichaamsbewustzijn helpt het kind vertrouwen en controle te krijgen over zijn lichaam en helpt het zijn omgeving te ontdekken. (www.aitnl.org)

Volgens de Sherborne-methode heeft het kind drie behoeften nodig om te kunnen groeien naar zelfstandigheid en vrijheid:

1. Een sterk vertrouwen in zijn eigen lichaam.

Een kind moet zijn lichaam kennen en de bewegingsmogelijkheden kunnen gebruiken. Een kind dat zich goed en veilig thuis voelt in zijn eigen lichaam, heeft een stevige basis om een gezonde persoonlijkheid op te bouwen en om zijn omgeving te gaan verkennen. Via eenvoudige bewegingservaringen helpt de hulpverlener het kind zich te concentreren en te richten op het eigen lichaam. Het kind leert te luisteren naar de eigen lichamelijke sensaties en wordt zich zo bewust van de mogelijkheden en beperkingen van het eigen lichaam. Zo groeit ook het vertrouwen in zichzelf.

2. Het vertrouwen om zijn omringende wereld te leren kennen.

Iemand die zich veilig voelt, zal de drang voelen om steeds verder op verkenning te gaan. Via bewegingservaringen krijgt het kind langzaam grip op begrippen met betrekking tot ruimte (ver & dichtbij, groot & klein) en tijd (snel & traag, ritme).

3. De mogelijkheid om zinvolle relaties aan te gaan.

Het is in relatie tot de andere dat het kind zijn eigen identiteit beter leert kennen en kan ontplooien. Het kind komt langzaam los van de ouderlijke afhankelijkheid dankzij zinvolle relaties met anderen. Via eenvoudige bewegingsspelletjes met anderen wordt langzaam het vertrouwen in die ander opgebouwd en kan er geëxperimenteerd worden met verschillende vormen van interactie.

Wanneer een kind deze basisbehoeften niet eigen heeft gemaakt verliest het zijn zelfvertrouwen. Sherborne zegt dat praten met dit kind geen zin heeft omdat het niet tot dit kind doordringt wat je bedoelt. Het vertrouwen in volwassenen moet bij dit kind eigen worden, door het kind dit te laten voelen. Dit wordt gedaan door het kind zich bewust te maken van zijn eigen lichaam. Door het bewust worden van het eigen lichaam ontstaat er zelfvertrouwen en dat is wat de Sherborne-methode wil bereiken.

De Sherborne-methode wordt gebruikt aan de hand van bewegingslessen. Bij deze lessen is er geen onderscheid tussen goede en foute bewegingen. Het gaat erom dat het kind het eigen lichaam ontdekt, op het eigen lichaam durft te vertrouwen en naar het eigen lichaam leert luisteren.

De bewegingsoefeningen bestaan uit 3 categorieën.

1. Caring

Zorgen voor en verzorgd worden. Durven overgeven en toevertrouwen

In deze oefeningen wordt het kind op een spelende manier geleerd om zich af te stemmen op de behoeften en gevoelens van de opvoeder. Andersom leert het kind de opvoeder te vertrouwen met de eigen gevoelens en gedachten.

Het kind leert zich over te geven aan de opvoeder, die hem voldoende vertrouwen biedt om het overgeven mogelijk te maken. Hierdoor kan wederzijds vertrouwen en begrip groeien.

2. Sharing

Samen met elkaar en samenwerking. Afstemmen, inleven en gelijkwaardigheid.

Het kind leert bij deze oefeningen naar zowel het eigen lichaam als het lichaam van de opvoeder te luisteren. Het kind vraagt veel vertrouwen van de opvoeder in de 'sharing' omdat 'sharing' wederzijdse afhankelijkheid en ondersteuning vraagt.

3. Against

Tegen elkaar kracht gebruiken, afstemmen en grenzen ervaren. Voor jezelf opkomen.

Het kind kan door deze oefeningen zijn eigen kracht ontdekken, onderzoeken en ontwikkelen binnen de veiligheid en het vertrouwen van de al bestaande relatie met de opvoeder. De eigen kracht wordt onderzocht terwijl het kind ook rekening leert te houden met de opvoeder. Hij ontwikkelt de vaardigheid om de kracht van de opvoeder aan te vullen.

Normaal gesproken doorlopen jonge kinderen deze drie ontwikkelingsstadia, de Sherborne-methode haalt deze stadia in met het kind.

De Sherborne-methode kan ingezet worden ter preventie en als behandeling. De methode heeft eveneens waarde als diagnostisch instrument. De Sherborne-bijeenkomsten geven een goede indruk van hetgeen het kind, in relatie met zijn opvoeders al kan en durft. Daarnaast wordt duidelijk wat het kind (nog) nodig heeft en hoe opvoeders hierop kunnen afstemmen en aansluiten.

In geval van preventie, wordt de hechtingsrelatie tussen het kind en de opvoeder(s) bevorderd.

In geval van behandeling, wordt de hechtingsontwikkeling van het kind verbeterd of hersteld. De vroege ontwikkelingsfasen worden ervaren en ingehaald.

In de relatie die (verder) groeit, ervaart het kind fysieke en emotionele veiligheid en ontwikkelt het zelfbewustzijn en zelfvertrouwen. Deze aspecten vormen de basis voor het aangaan van (een veiligere) hechting, van waaruit een evenwichtige(re) ontwikkeling op emotioneel, sociaal, cognitief en lichamelijk gebied mogelijk wordt.

De Sherborne-methode ondersteunt en stimuleert de ontwikkeling van de vrijheid en zelfstandigheid van het kind.

De Sherborne-methode streeft naar een relatie waarin de hulpverlener niet probeert om greep te krijgen op het kind, maar waarin het kind binnen de grenzen van zijn persoonlijke mogelijkheden wordt gestimuleerd. De Sherborne-methode streeft naar een zo optimaal mogelijk loskomen van de fysieke en psychische afhankelijkheid.

De bewegingslessen worden gedaan met een hulpverlener de opvoeders en het kind. Uitgangspunt hierbij is, dat de opvoeders de belangrijkste personen voor het kind zijn, hetgeen hen bij uitstek geschikt maakt om het kind te ondersteunen en te begeleiden. Het kind leert hierdoor rekening te houden met de wensen van de opvoeders, samen te werken met de opvoeders en individueel te werken. Door het samenwerken met de opvoeders ontwikkelt het kind vertrouwen. De lessen worden op video vastgelegd. De hulpverlener kan hierdoor de oefeningen afstemmen op de behoefte van het kind. Daarnaast kan de hulpverlener de opvoeders bewust maken van de signalen die het kind afgeeft. Deze video-opnamen worden met opvoeders bekeken waarbij er vooral de nadruk wordt gelegd op de positieve contactmomenten. Er wordt getracht deze momenten te vergroten en te versterken in volgende bijeenkomsten. (www.aitnl.org)

2.3 Hoe ga je met deze methoden om als hulpverlener?

A. Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar

De hulpverlener zal het kind niet zien en zal hierdoor goed moeten kunnen luisteren naar de opvoeders. De hulpverlener zal hierdoor de verhalen goed moeten kunnen analyseren. De kern van het probleem zien te vinden en hierop inspelen.

Van de hulpverlener mag worden verwacht dat hij respect heeft voor de opvoeders en hun beperkingen. De hulpverlener moet zich kunnen inleven in het verdriet, de onmacht, wanhoop en de schuldgevoelens van de opvoeders. Ook moet de hulpverlener de angst en de zelfhandhavingspatronen van het kind kunnen aanvoelen.

De hulpverlener zal de opvoeders moeten kunnen begeleiden op hun eigen wijze en tempo. Hierbij zal de hulpverlener direct moeten zijn in aanwijzingen en ondersteunend zijn in het aanhoren van de verhalen. Er moet steeds aansluitend op het verhaal van de opvoeders, concrete suggesties worden gedaan. Het is hierbij van belang dat er zoveel mogelijk de eigen creativiteit van de opvoeders wordt uitgelokt.

B. Sociogroepsopvoeding bij oudere kinderen

Vrouwelijke hulpverleners moeten rekening houden met een drietal zaken die tegen hen kunnen werken. Ten eerste is de haat bij een primair relatiegestoorde jongere vaak het meeste gericht tegen het moederfiguur. Ten tweede verdienen vrouwen, in de ogen van veel allochtonen en niet in de Nederlandse cultuur geboren Nederlanders, weinig respect. Als laatste kan de vrouwelijke hulpverlener seksuele gevoelens oproepen bij de jongens. Ook mannelijke hulpverleners moeten er dus rekening mee houden dat zij seksuele gevoelens kunnen oproepen bij de meisjes.

De hulpverleners moeten samen een sterk team zijn. De jongeren moeten kunnen zien dat het team macht en respect uitstraalt. De hulpverleners zullen hierdoor op teamleden moeten en kunnen vertrouwen.

De hulpverlener moet zich ervan bewust zijn van zijn fundamentele onmacht als opvoeder ten aanzien van de persoonlijke relatie met de jongere.

C. Browndale-huizen

Aan hulpverleners die werken binnen een Browndale-huis worden geen speciale opleidingseisen gesteld mits er een MBO-niveau is. Van belang zijn wel een goede algemene ontwikkeling, motivatie, stressbestendigheid, levenservaring en bereidheid tot leren. Een hulpverlener die in een Browndale-huis werkt, werkt zeer intensief samen met collega's en de kinderen. De hulpverlener verblijft 24 uur per dag bij de kinderen in het huis. Na ongeveer 18 dagen is deze 4 dagen vrij. Werk en privé gaan hierdoor veel samen. De hulpverlener moet om kunnen gaan met deze verandering in het eigen privé-leven. De hulpverlener moet het vertrouwen winnen van de kinderen dit vraagt om veel geduld en doorzettingsvermogen van de hulpverlener.

D. Therapeutische pleegzorg

Als hulpverlener is het belangrijk dat je kennis hebt van kinderpsychiatrische beelden en de uitingsvorm daarvan in gedrag, zoals dat zich uit in de dagelijkse leefsituatie. Inzicht in de dynamiek van de hechting is nodig om een inschatting te maken of het kind in staat is zich affectief te binden aan volwassenen met wederkerigheid en empathie. Voor het omgaan met kinderen, die vroeg in hun leven getraumatiseerd zijn, is inzicht nodig in de communicatiepatronen, die deze kinderen met zich meedragen.

De hulpverlener die in de therapeutische pleegzorg de ouderbegeleider is, moet kennis hebben van systeemdenken, de sociale leertheorie en de wet- en regelgeving van de hulpverlening voor kinderen en jeugd. De ouderbegeleider moet diagnostische kennis over kindontwikkeling, psychopathologie, disfunctioneren van het gezinssysteem en over communicatiepatronen hebben. Hij werkt vanuit een intergraal behandelplan waarbij hij de pleegouders coached.

Hulpverleners moeten bij de kinderpsychiatrische multidisciplinaire diagnostiek meerdere onderdelen behandelen.

- De hulpvraag moet geëxpliciteerd worden
- Het in kaart brengen van de hulpverleningsgeschiedenis van het kind
- Het in kaart brengen van het actuele gedrag en functioneren via heteroanamneses met volwassenen die het kind goed kennen. Dit wordt gedaan door de maatschappelijk werker, de ouderbegeleider van het team van de therapeutische pleegzorg
- Het afnemen van de ontwikkelingsanamnese van het kind. Dit wordt gedaan door de kinderpsychiater of door de ontwikkelingspsycholoog
- Het afnemen van twee spelobservaties om het niveau van het functioneren te bepalen. Er wordt gelet op de lichamelijke en neurologische ontwikkeling, het vermogen tot het aangaan van relaties en de daarbijbehorende communicatieve vaardigheden

De hulpverlener die ouderbegeleider is, zoekt een pleeggezin door middel van oriënterende gesprekken met het mogelijke pleeggezin en het bespreken van het kind met de kinderpsychiater en de behandelcoördinator. Er volgt hierna een matchingoverleg met het multidisciplinaire team.

De ouderbegeleider moet oog hebben voor de botsende loyaliteit van het kind tussen de pleegouders en de eigen opvoeders.

E. Sherborne-methode

De hulpverlener let tijdens de oefeningen op de lichaamstaal, de reacties en de initiatieven van het kind. In volgende bijeenkomsten laat de hulpverlener de oefeningen aansluiten op de afgegeven signalen van het kind. (www.aitnl.org)

De hulpverlener dient een interactiestijl te hebben van een sensitief–responsief karakter. De hulpverlener moet het kind het vertrouwen geven dat hij het goed doet. Er is in de bewegingen die het kind maakt, geen verschil tussen goed en fout. De hulpverlener moet dit aan het kind laten merken.

De hulpverlener moet geen greep op het kind willen krijgen. Hij moet juist het kind stimuleren om het eigen lichaam te ontdekken en te ervaren.

De hulpverlener moet na het bekijken van de video-opnamen de oefeningen van de volgende bijeenkomst laten aansluiten bij de afgegeven signalen van het kind. Hierdoor moet de hulpverlener zich bewust zijn van non-verbale uitingen van kinderen. Daarnaast moet de hulpverlener de opvoeders stimuleren om de positieve contactmomenten die zij met hun kind ervaren te vergroten en te versterken.

2.4 Welk effect hebben de methoden op de kinderen met een hechtingsprobleem?

A. Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar

Het effect voor de kinderen hangt van een aantal factoren af.

Zoals eerder aangegeven is het van belang dat de opvoeder geen terughoudendheid voelt in het omsluiten van het kind. Het kind voelt de terughoudendheid en zal de opvoeder niet accepteren. Wanneer de opvoeder geen terughoudendheid voelt zal het kind de opvoeder accepteren. Dan kan verder worden gegaan met de ontwikkeling van veiligheid en betrokkenheid.

Daarnaast hangt het ook sterk af van de leeftijd van het kind. Wanneer het kind op de leeftijd is dat het aansluiting zoekt bij leeftijdgenootjes, is het moeilijker voor de opvoeders om het kind de veiligheid en betrokkenheid te laten ervaren. Opvoeders zullen dan meer inzet moeten vertonen dan bij de kinderen die deze aansluiting nog niet bij leeftijdgenootjes zoeken.

Opvoeders moeten ook niet te snel willen met het proces. Het kind heeft zijn eigen tijd nodig om het proces van veiligheid en betrokkenheid te ervaren.

Wanneer het kind de veiligheid en betrokkenheid als positief heeft ervaren is het proces goed verlopen. Het kind kan zich dan verder ontwikkelen en zal de nabijheid van de opvoeders accepteren.

Peuters die 'Terug naar het begin' hebben doorlopen, blijken meer moeite te hebben met de overgang van peuter tot kleuter. Dit verklaart zich in het feit dat gezonde peuters jaren de tijd hebben om beheersingspatronen aan te leren. Zij hebben de tijd gekregen om zich voorzichtig aan de wederzijdse relatie tot de opvoeder te ontgroeien. Kleuters met een relatiestoornis zijn net tot de wederzijdse relatie gekomen en ontdekken nu dat zij weer uit deze relatie moeten stappen.

B. Sociogroepsopvoeding bij oudere kinderen

De jongeren leren in de groep hun veiligheid en geborgenheid te hervinden. Waar het eerder niet goed is gegaan met de socialisering van deze jongeren, lukt dit in de sociogroep wel.

Door deze groep leren zij zich wel te hechten aan anderen en groeien beheersingspatronen op een gezonde manier. Zij nemen de groepsnormen aan van de groep waarin zij voor langere tijd in bestaan. Zij maken deze groepsnormen hun eigen, hierdoor ontstaan deze beheersingspatronen. De jongere ontwikkeld zijn sociaal-ik hierdoor. De emotionele, lichamelijke en verbaal verstandelijke beheersingspatronen die groeiden uit vorige fasen, ondergaan een verandering door het samen-zijn in de groep. De jongere krijgt door het positief ervaren van de groep niet alleen zijn beheersingspatronen terug, hij leert ook weer te vertrouwen in zijn medemens (volwassenen). Ook wordt er bij de jongere toekomstperspectieven uitgedaagd. Hierdoor zal hij met meer zelfvertrouwen door het leven gaan. Hij leeft niet meer in angst en onzekerheid maar weet dat hij anderen kan vertrouwen.

C. Browndale-huizen

Het kind leert wat een 'normaal' gezinsleven is. Hij leert wat een warme en overzichtelijke omgeving en opvoeding zijn. Het kind leert hierdoor de vaardigheden voor samenwerken, die het anders van zijn opvoeders zouden leren. Het kind is hiernaast ook in staat zijn noodzakelijke leer- en ontwikkelingsproces te door te maken. Hierdoor ontwikkelt zich bij het kind de beheersingspatronen en het vertrouwen in volwassenen. Volwassenen die wel in staat zijn om onvoorwaardelijke zorg uit te dragen naar het kind toe. Hierdoor leert het kind zich te hechten en is het in staat om vanuit het nieuw verworven vertrouwen de nare ervaringen uit het verleden te verwerken.

Wanneer de behandeling ten einde is, is er een nieuwe basis gelegd van waaruit het leven daadwerkelijk geleefd kan gaan worden. Het kind leert zijn leven hierdoor te sturen.

D. Therapeutische pleegzorg

Door het leven in het pleeggezin met de daarbij behorende professionele hulpverlening, leert het kind volwassenen te vertrouwen. Niet aangeleerd gedrag door de eigen opvoeders wordt in het pleeggezin wel aangeleerd. Het kind ontwikkelt meerdere vaardigheden om tot een volwassene uit te groeien die relaties kan aangaan. Het kind leert volwassenen te vertrouwen maar ook zichzelf. Hierdoor is het in staat om relaties aan te gaan met anderen. Wanneer het kind teruggaat naar het eigen gezin of op zichzelf gaat wonen, heeft het de vaardigheden om zichzelf te ontplooien ontwikkeld binnen het pleeggezin en kan dit bij andere relaties ook toepassen.

E. Sherborne-methode

Zowel voor de preventieve vorm van de Sherborne-methode als voor de behandelmethode worden de (gemiste) vroegkinderlijke ervaringen in een positief daglicht geplaatst. Hierdoor ontwikkelt het zelfbeeld van het kind zich positief. Het kind krijgt meer zelfvertrouwen waardoor deze zekerder wordt in de relatie tot anderen. Het kind wordt zich bewust van het eigen lichaam en leert naar het eigen lichaam te luisteren. Er ontstaat een zelfbewustzijn bij het kind. Daarnaast leert het kind ook rekening te houden met (het lichaam van) de opvoeder. Door de Sherborne-methode wordt er weer plezier gebracht in het samen bezig zijn. In de behandelingsvorm is het zo dat de gestoorde hechting kan worden herstelt waardoor de relatie met de opvoeder verbetert. Door de verbeterde relatie voelt het kind zich veilig en kan het zich positief ontwikkelen.

Samenvatting

De genoemde methoden zijn allen gebaseerd op het (opnieuw) aanleren van basisvaardigheden die nodig zijn voor het kind in de toekomst. Het zich veilig kunnen voelen, het aanleren van beheersingspatronen en afleren van zelfhandhavingspatronen spelen hierbij een grote rol. Dit kan via de opvoeders worden bereikt, via een groep leeftijdsgenootjes, via pleegouderschap en via bewegingsoefeningen. Bij alle methoden is het effect dat het kind zich veilig voelt bij volwassenen en zo een relatie kan aangaan met zijn opvoeders. Niet elke methode werkt even snel. Er moet rekening worden gehouden met de aard van het probleem en wanneer deze begonnen is.

3. BEVOEGDHEDEN VAN DE SPH'ER

Inleiding

Om een antwoord op de vraag te geven welke bevoegdheden een SPH'er heeft zal eerst een antwoord moeten worden gegeven wat het beroep SPH inhoudt. Dit zal ik behandelen in hoofdstuk 3.1. In hoofdstuk 3.2 zal ik verder gaan op de bevoegdheden die de SPH'er heeft. Het is van belang om te weten welke bevoegdheden een SPH'er heeft, om zo handelingen uit te sluiten die een SPH'er niet mag toepassen in de omgang met kinderen met een hechtingsprobleem.

3.1 Wat houdt het beroep van een SPH'er in?

Voordat ik het ga hebben over de bevoegdheden van een SPH'er, zal ik ter verduidelijking eerst een beeld schetsen van het beroep SPH. Wat kan een SPH'er worden? Met welke doelgroep kan de SPH'er werken?

Alle SPH-opleidingen in Nederland voldoen aan vastgestelde HBO-kwalificaties. Elke SPH kan hier nog een aantal eigen eisen aan toevoegen. Daarnaast is er een beroepscode waarin staat dat alle SPH'ers dezelfde richtlijnen hebben om zich aan te houden.

Er bestaat overeenstemming bij de SPH-opleidingen in Nederland over de omschrijving van het beroep en de vereiste HBO-kwalificaties op de volgende punten:

- Hulpverlening aan cliënten met problemen in hun ontwikkeling en in het functioneren in hun woon- en leefomgeving;
- Het gecombineerd aanwezig zijn van aspecten van verzorging, begeleiding, en behandeling in het werken in de woon- en leefsituatie;
- De omschrijving van het handelen van de beroepskracht: relationeel, procesmatig, persoon als instrument;
- Interventiedoelen met een sterk accent op het versterken van competenties van cliënten;
- De gewenste HBO-kwalificaties: probleemoplossend vermogen, reflectievermogen, transfervermogen, innovatief vermogen, kunnen samenwerken, coördineren en leidinggeven.

De doelgroep waar de hulp- en dienstverlening van de SPH'er zich op richt, bestaat uit mensen uit alle leeftijdscategorieën die door een combinatie van factoren en omstandigheden (handicap, ziekte, stoornissen, relatie- of gezinsproblemen, ontwikkelingsproblemen) tijdelijk of duurzaam aangewezen zijn op professionele ondersteuning om te kunnen functioneren in hun woon- en leefsituatie.

Onder woon- en leefsituatie verstaan we: het geheel van activiteiten, relaties en voorzieningen van en ten behoeve van de cliënt met betrekking tot wonen, werken, dagbesteding, en vrije tijd. De woon- en leefsituatie kenmerkt zich door zodanige omstandigheden of problematieken dat zonder professionele ondersteuning sprake is van stagnatie in de ontwikkeling of zelfs een bedreiging van het functioneren van de cliënt of het cliëntensysteem. Professionele ondersteuning is in principe aanvullend op de opvoeding en op (mantel)zorg door betekenisvolle anderen.

De hulp- en dienstverlening die de SPH'er biedt kan verschillende vormen aannemen, zoals woonbegeleiding, dagbesteding en ondersteuning van ontwikkeling en opvoeding. Het omvat aspecten van verzorging, begeleiding en behandeling, die veelal in combinatie met elkaar voorkomen en aspecten van preventie in zich dragen.

De sociaal-pedagogische context verwijst naar een zekere mate van bescherming die de hulp- en dienstverleningssituatie kenmerkt.

De SPH'er is werkzaam in verschillende functies en in uiteenlopende werkvelden binnen ambulante, residentiële en semi-residentiële settings. Hij werkt vanuit een instelling op het terrein van de volgende sectoren:

- Jeugdzorg;
- Psychiatrie en Verslavingszorg;
- Gehandicaptenzorg;
- Ouderenzorg;
- Maatschappelijke opvang en vluchtelingenwerk;
- Justitiële hulpverlening.

De SPH'er heeft vooral te maken met mensen van wie het bestaan gekenmerkt wordt door een combinatie van problemen die samenhangen met ondermeer vastgelopen of ontwrichte sociale relaties, aangeboren of verworven beperkingen in hun functioneren en mogelijkheden en conflicten met de maatschappij.

Kort gezegd: het beroep SPH houdt in dat de SPH'er hulp- en dienstverlening aanbiedt aan mensen uit alle leeftijdscategorieën die door een combinatie van factoren en omstandigheden, tijdelijk of duurzaam aangewezen zijn op professionele ondersteuning om te kunnen functioneren in hun woon- en leefsituatie. De geboden hulp- en dienstverlening bestaat uit verschillende vormen waaronder woonbegeleiding, dagbesteding en ondersteuning van ontwikkeling en opvoeding.

De SPH'er is werkzaam in verschillende functies en in uiteenlopende werkvelden binnen ambulante, residentiële en semi-residentiële settings.

3.2 Welke bevoegdheden heeft een SPH'er?

De Nederlandse Vereniging van Sociaal Pedagogische Hulpverleners heeft op de ledenvergadering van 27 maart 2002 een beroepscode NVSPH vastgesteld. Deze beroepscode is in het leven geroepen om SPH'ers die naast elkaar moeten werken, naar elkaar en naar anderen een eenduidige uitstraling hebben. Deze code is een leidraad voor het beroepsmatig handelen, maar kan ook informatie bieden over wat van een SPH'er mag worden verwacht. De beroepscode omvat een aantal afspraken waar SPH'ers zich aan houden op ethisch vlak.

Onze samenleving is er één met steeds nieuwe ontwikkelingen waardoor steeds nieuwe eisen gesteld worden aan SPH'ers en waar problematieken steeds complexer worden. Daardoor is het belangrijk dat de code ook een functie vervult om de discussie met elkaar aan te gaan over het beroep en de ethische aspecten daarvan. Het professioneel handelen van de SPH'er kan worden getoetst aan de hand van de code.

De beroepscode stelt dat de SPH'er als professional zich houdt aan de volgende afspraken:

- Een SPH'er draagt zijn beroep uit volgens de beroepscode.
- Een SPH'er verleent hulp zonder onderscheid te maken tussen mensen en accepteert de situatie waarin hij zich bevindt.
- Een SPH'er heeft inzicht in zijn eigen mogelijkheden en onmogelijkheden en kan hiermee omgaan.
- Een SPH'er neemt de verantwoordelijkheid voor zijn professioneel handelen en is in staat daarover verantwoording af te leggen.
- Een SPH'er is gemotiveerd in zijn werk en draagt zorg om deze motivatie te behouden.

Als participant aan de dagelijkse woon- en leefsituatie zal de SPH'er met de cliënt en het cliëntsysteem;

- zoeken naar een zinvolle perspectief
- werken aan het herstel of de instandhouding van het gewone leven
- werken aan het beïnvloeden van verantwoordelijkheden in de samenleving die in staat zijn, structurele belemmeringen bij de cliënt weg te nemen
- de ondersteuning van de cliënt, diens zelfstandigheid en het versterken en/of instandhouden van diens competenties staan daarbij centraal

De handelwijze van de SPH'er kenmerkt zich tevens door een preventieve gerichtheid. Dit betekent het gericht zijn op het voorkomen van problemen of van verergering daarvan en terugval in de problemen.

De SPH'er moet de situatie waarin de cliënt zich bevindt kunnen analyseren, met inbegrip van diens ziens- en zijnswijze, de aanwezige beperkingen en belemmeringen, zijn gedrag en de sociale en maatschappelijke factoren die hem in een kwetsbare positie plaatsen. De SPH'er speelt daarop in door een programma te ontwerpen en uit te voeren die gericht is op een zinvol en acceptabel leven, op zelfredzaamheid, sociale competentie en maatschappelijke intergratie.

Werken vanuit een organisatie brengt met zich mee dat de SPH'er in staat moet zijn bij te dragen aan visie, beleid, preventieactiviteiten en hulpverleningsmethodiek van de instellingen en dat bij de behandeling/begeleiding om te zetten in behandelings- en begeleidingsplannen.

De SPH'er dient te beschikken over een breed handelingsrepertoire en dient in zijn handelen gebruik te maken van de kennis uit (ortho)pedagogiek en de ontwikkelingspsychologie en van kennis over pathologie en probleemgedrag.

De SPH'er werkt vanuit een agogische of pedagogische context. Dit systeemgerichte werken moet de cliënt in staat stellen zijn eigen wensen, behoeften en mogelijkheden af te stemmen op de hulpbronnen uit zijn omgeving.

Systeemgericht werken kent verschillende invalshoeken;

- samenwerking met het systeem van de cliënt
- vanuit een gedeelde (opvoedings)verantwoordelijkheid werken aan een gezamenlijk probleeminzicht en probleemoplossingstrategieën met de cliënt en het cliëntsysteem
- (samen)werken aan herstel, instandhouding of ontwikkeling van de woon- en leefsituatie.

Van de SPH'er wordt verwacht dat hij de cliënt binnen zijn mogelijkheden en beperkingen kan helpen nieuwe ervaringen op te doen. Deze ervaringen helpen bij te dragen aan een nieuwe kijk op zichzelf, aan betere ontplooiingsmogelijkheden en aan een meer bevredigende verhouding tot de omgeving.

De SPH'er hanteert hierbij muzisch-agogische methoden en middelen. De SPH'er dient zijn hulp- en dienstverlening te richten op de hulpvraag van de cliënt.

Hiervoor zal de SPH'er creatief moeten zijn in het vinden van manieren van aanpak en oplossingen, die bij de desbetreffende cliënt aansluit.
De SPH'er stelt zijn doelstellingen, naar aanleiding van de hulpvraag, af op de mogelijkheden van de cliënt en zijn systeem.

Naast de beroepscode is er voor de SPH'er niet een wet waarbinnen de bevoegdheden van de SPH'er staan vastgelegd. Er is wel de Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, de Wet BIG (2003). In de Wet BIG staan beschermde beroepsgroepen die binnen de gezondheidszorg werken.

In april 1994 treden de eerste artikelen van de Wet BIG (2003) in werking.

De Wet BIG behandelt zaken als:

- registratie en titelbescherming;
- regeling van opleidingstitelbescherming;
- opleidingseisen voor de BIG-geregelde beroepen;
- beschrijving van deskundigheidsgebied voor elk van de BIG-geregelde beroepen;
- lijst met omschrijvingen van beroepen waarop de registratie van toepassing is;
- welke handelingen aan welke beroepen zijn voorbehouden.

De Wet BIG (2003) is gericht op de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit van het beroepsmatig handelen van de individuele beroepsbeoefenaars wordt door de wet gewaarborgd en zo mogelijk verbeterd.

Door de Wet BIG (2003) wordt de cliënt tegen ondeskundig handelen van beroepsbeoefenaars beschermd doordat de werkgever ervoor gekozen heeft het zelfstandig uitvoeren van bepaalde, wettelijke omschreven handelingen aan een beperkte groep beroepsbeoefenaars voor te behouden.

Door de Wet BIG (2003) mag iedere hulpverlener zich op het terrein van de individuele gezondheidszorg bewegen, als men zich maar houdt aan de regeling van de voorbehouden handelingen en geen schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt. Toch mag niet iedereen alle handelingen toepassen. Er is een lijst met 13 typen voorbehouden handelingen welke alleen mogen worden uitgevoerd indien aan alle voorwaarden is voldaan: zelfstandig als de wet het bepaalt en anders in opdracht, onder voorwaarden. Voor iedereen geldt dat men slechts tot uitvoeren van voorbehouden handelingen bevoegd kan zijn als men de bekwaamheid bezit.

De voorbehouden handelingen zijn handelingen die onverantwoorde risico's voor het leven en gezondheid van de cliënt zouden opleveren wanneer zij door anderen dan daartoe opgeleide personen zouden worden verricht. Het gaat hierbij om handelingen als verloskundige handelingen, heelkundige handelingen, injecties, puncties en defibrilaties. Voor de uitgebreide lijst verwijs ik naar het boek 'De Wet BIG, de betekenis van de wet voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, 2003.

In de Wet BIG staan acht beroepen geregistreerd. Zonder registratie mag de beroepstitel niet worden uitgevoerd.

De registratieberoepen zijn:

1. arts;
2. tandarts;
3. apotheker;
4. gezondheidszorgpsycholoog;
5. psychotherapeut;
6. fysiotherapeut;
7. verloskundige;
8. verpleegkundige.

In artikel 6 van de Wet BIG (2003) staan de gronden beschreven op basis waarvan de registratieaanvraag geweigerd kan worden. Dat gebeurt indien de aanvrager:

- niet aan de opleidingseisen voldoet;
- onder curatele is gesteld wegens een geestelijke stoornis;
- door de strafrechter het recht is ontzegd het betrokken beroep uit te oefenen;
- een maatregel heeft opgelegd gekregen waardoor hij de titel niet mag voeren.

De Wet Big (2003) kent in artikel 34 een regeling voor opleidingstitelbescherming. Dit is een lichtere regeling dan de beroepstitelbescherming van artikel 3 van de wet. Een beroep kan in aanmerking komen voor een beschermde opleidingstitel als het beroep een zekere eenheid en identiteit bezit, de kwaliteit van de opleiding van het desbetreffende beroep zich verder ontwikkelt en er op deze wijze sprake is van een bepaalde professionele zelfstandigheid. Het gaat om beroepen die herkenbaar zijn voor het publiek. In dit artikel staan 15 beroepen genoteerd.

De SPH'er wordt niet beschreven in de Wet Big (2003). Dit houdt voor de SPH'er in dat hij geen handelingen mag verrichten die aan de 8 geregistreerde beroepen zijn toegewezen.

Samenvatting

De SPH'er werkt met cliënten die problemen in hun ontwikkelen en functioneren in de woon- en leefsituatie ondervinden.

De SPH'er krijgt vooral te maken met cliënten die in hun bestaan worden gekenmerkt door een combinatie van problemen die samenhangen met ondermeer vastgelopen of ontwrichte sociale relaties, aangeboren of verworven beperkingen in het functioneren en mogelijkheden en conflicten met de maatschappij.

Bevoegdheden van de SPH'er zijn vooral het bieden van een zinvol perspectief van de cliënt, het herstellen of in stand houden van het gewone leven van de cliënt en het ondersteunen van de cliënt in de zelfstandigheid van de cliënt.

De SPH'er is niet bevoegd tot 13 voorbehouden handelingen en mag zich niet bevinden op het terrein van 8 geregistreerde beroepen.

4. TE GEBRUIKEN METHODEN

Inleiding

Na het uiteenzetten van de methoden in hoofdstuk 2 en het vaststellen van de bevoegdheden van de SPH'er in hoofdstuk 3, ga ik in hoofdstuk 4.1 nader in op welke methoden of delen van methoden de SPH'er bevoegd is om aan deel te nemen. Hierbij houdt ik dezelfde volgorde van methoden aan als in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 4.2 geef ik adviezen over hoe de SPH'er zich op zal moeten stellen die werken of willen werken met kinderen met een hechtingsprobleem. Deze adviezen geef ik weer aan de hand van do's en don'ts die ik heb gekregen via meewerkende instellingen.

4.1 Welke methoden kan een SPH'er gebruiken?

De methodieken die aan bod komen zijn:

- A. Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar
- B. De sociogroepsopvoeding voor oudere kinderen
- C. Browndale-huizen
- D. Therapeutische pleegzorg
- E. Sherborne-methode

Instellingen die hun ervaringen met SPH'ers en kinderen met hechtingsproblematiek hebben gedeeld, zijn;

- R.I.J. Den Engh
- Stichting Frentrop De Widdonck
- Accare, locatie de Ruyterstee
- Prins van Haarlem
- Jeugdhulp Friesland

Kinderen met een hechtingsprobleem vallen onder de doelgroep waarmee SPH'ers kunnen werken. De doelgroep bestaat uit mensen uit alle leeftijdscategorieën die door een combinatie van factoren en omstandigheden tijdelijk of duurzaam zijn aangewezen op professionele ondersteuning om te kunnen functioneren in hun woon- en leefsituatie. Onder deze omstandigheden vallen ook stoornissen en ontwikkelingsproblemen. Het kind heeft een hechtingsstoornis waardoor deze binnen de doelgroep van de SPH'er vallen. Daarnaast kan het kind ook onder 'ontwikkelingsproblemen' vallen doordat het kind in zijn ontwikkeling blijft hangen door zijn hechtingsprobleem.

A. Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar

SPH'ers geven hulpverlening aan cliënten met problemen in hun ontwikkeling en in het functioneren in hun woon- en leefomgeving. Kinderen met een hechtingsprobleem vallen onder deze cliënten. De SPH'er zorgt ervoor dat de cliënt binnen zijn mogelijkheden en beperkingen nieuwe ervaringen kan opdoen. Deze ervaringen helpen de cliënt bij te dragen aan een nieuwe kijk op zichzelf, aan betere ontplooiingsmogelijkheden en aan een meer bevredigender verhouding tot zijn omgeving. De SPH'er hanteert hierbij met muzisch-agogische methoden en middelen. De SPH'er is creatief in het vinden van manieren van aanpak en oplossingen, die bij de desbetreffende cliënt aansluit. Het werken met de sprookjesverhalen, zoals de Lange doet bij deze methode, valt hierdoor onder het beroep van de SPH'er. Toch is deze methode niet geschikt voor de SPH'er om mee te werken. De

SPH'er is niet opgeleid om een diagnose te stellen, deze is door de BIG-registratie alleen toegewezen aan psychiaters. Door de Wet BIG zijn er 8 beroepen vastgelegd op welk terrein de SPH'er zich niet mag begeven. Eén van deze beroepen is het beroep van arts, onder artsen vallen ook de psychiaters. Hierdoor is het stellen van een diagnose een terrein waarop de SPH'er zich niet begeven mag. Bij deze methode moet de hulpverlener de diagnose stellen aan de hand van de verhalen van de opvoeders. Aan de hand van deze verhalen moet de hulpverlener opmaken of het kind een fundamentele relatiestoornis heeft. Hij zal de behandeling opzetten aan de hand van de verhalen van de opvoeders. De hulpverlener zal de eigenlijke cliënt niet zien. Dit is niet waarvoor de SPH'er is opgeleid. De SPH'er is opgeleid om samen met de cliënt en het cliëntsysteem te bekijken wat zij aan de situatie kunnen doen om deze zo leefbaar mogelijk te maken. Wanneer de eigenlijke cliënt niet in staat is om zijn eigen wensen duidelijk te maken doordat deze bijvoorbeeld te jong is, dan wordt er door de SPH'er en het cliëntsysteem bekeken hoe zij de situatie voor de cliënt aangenamer kunnen maken. Omdat de hulpverlener die met deze methode werkt, alleen werkt, is er ook geen plaats voor de SPH'er om te ondersteunen in de behandeling. Omdat er bij deze methode geen gebruik wordt gemaakt van SPH'ers heb ik ook geen instelling kunnen vinden die mij hierover informatie heeft kunnen verstrekken. De conclusie dat deze methode niet geschikt is voor SPH'ers om mee te werken heb ik hierdoor verleend aan de informatie die ik heb verkregen in de voorgaande hoofdstukken. Zo wordt er in hoofdstuk 3.2, (pagina 29) beschreven dat de SPH'er als participant aan de dagelijkse woon- en leefomgeving samen met de cliënt en het cliëntsysteem;

- gaat zoeken naar een zinvol perspectief,
- werkt aan het herstel of de instandhouding van het gewone leven

De ondersteuning van de cliënt, diens zelfstandigheid en het versterken en/of in stand houden van diens competenties staan daarbij centraal voor de SPH'er.

Wanneer de cliënt er zelf niet bij is, in dit geval het kind, dan zal de SPH'er niet het juiste perspectief kunnen vinden voor deze cliënt. De SPH'er weet dan niet wat de wens van de cliënt is maar van het cliëntsysteem. Deze wensen hoeven niet overeen te komen. Zonder het zien van de cliënt kan de SPH'er geen goed perspectief vinden.

Daarnaast is het voor de SPH'er onmogelijk het gewone leven van de cliënt te herstellen of in stand houden. De SPH'er kan niet met de cliënt samen werken en zal hierdoor op zijn eigen initiatief moeten afgaan. Ook de hieruit voortkomende uitkomsten hoeven niet overeen te komen met wat de cliënt wil.

Ook staat er in hoofdstuk 3.2 (pagina 29) dat de SPH'er de situatie waarin de cliënt zich bevindt moet kunnen analyseren, met inbegrip van diens ziens- en zijnswijze, de aanwezige beperkingen en belemmeringen, zijn gedrag en de sociale en maatschappelijke factoren die hem in een kwetsbare positie plaatsen. Wanneer de SPH'er de cliënt, het kind, niet ziet zal hij de ziens- en zijnswijze van de cliënt ook niet kunnen analyseren. Ook het gedrag van dit kind zal de SPH'er niet kunnen analyseren. Deze methode is hierdoor ongeschikt voor de SPH'er om mee te werken.

Hiernaast geldt ook nog het niet te betreden terrein van de diagnose stellen welke alleen is toegestaan voor psychiaters.

B. De sociogroepsopvoeding voor oudere kinderen

Als participant aan de dagelijkse woon- en leefsituatie zal de SPH'er met de cliënt en het cliëntsysteem;

- zoeken naar een zinvol perspectief
- werken aan het herstel of de instandhouding van het gewone leven
- werken aan het beïnvloeden van verantwoordelijkheden in de samenleving die in staat zijn, structurele belemmeringen bij de cliënt weg te nemen
- de ondersteuning van de cliënt, diens zelfstandigheid en het versterken en/of instandhouden van diens competenties staan hierbij centraal

Hierdoor kan de SPH'er deze methode gebruiken met kinderen met een hechtingsprobleem. De SPH'er zoekt naar een zinvol perspectief. Bij deze methode daagt de hulpverlener het kind uit tot het ontwikkelen van een gezonde behoefte aan levens- en toekomstperspectief. De SPH'er werkt systeemgericht. Hij kan hierdoor kiezen voor samenwerken met het systeem van de cliënt. Dit kan men terug zien in de sociogroepsopvoeding. Ten tijde van de opname is het systeem van de cliënt de omgeving waarin hij zich bevindt, de leefgroep. De sociogroepsopvoeding maakt gebruik van het systeem van het kind om hem nieuwe normen en waarden te leren.

Den Engh is een deels gesloten, deels open justitiële jeugdinrichting die zich richt op het met behulp van de groep opvoeden van ernstig gedragsgestoord en/of criminele jongens. Zij functioneren ofwel op zwakbegaafd niveau (IQ. tussen 65 en 85) of behoren tot de groep jonge veelplegers.

De jongens zijn tussen de 12 en 23 jaar, vastgelopen op school en/of werkloos en hun toekomst is uiterst zorgelijk. In samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen en othopedagoog dr G. de Lange voert Den Engh vanaf 1996 een nieuwe opvoedingsmethode in: de Sociogroepsopvoeding.

De sociogroepsopvoeding wordt gebruikt bij Rijksinrichtingen voor Jongens 'Den Engh'. Er werken hier ook SPH afgestudeerden. Volgens R.I.J. Den Engh zijn SPH'ers geschikt voor het werken met deze methode. Zij zijn onder andere de groepsleiders waarbij zij als groepsopvoeders de structuur van de dag vasthouden. Zij maken het dagprogramma dat aansluit op het niveau waarop de jongens functioneren. Van SPH'ers wordt ook verwacht dat zij de situatie waarin de cliënt zich bevindt kunnen analyseren. De SPH'er moet hierop inspelen door een programma te ontwerpen en uit te voeren die gericht is op een zinvol en acceptabel leven. De SPH'ers zijn degenen die de jongens moeten ondersteunen tijdens hun verblijf in Den Engh. De groepsopvoeders sturen de onderlinge relaties aan en geven vorm aan de groepsnormen. De SPH'er vangt de signalen op die de jongens uitzenden en gaan hier mee aan de slag. Ze passen hier een dagprogramma op aan zodat de jongens werken aan die afgegeven signalen.

De sociogroepsopvoeding werkt voor een groot gedeelte via opvoeding. (Zie ook hoofdstuk 2.2B Sociogroepsopvoeding voor oudere kinderen) Eén van de elementen in de opvoeding is het uitdagen van een gezonde behoefte aan levens- en toekomstperspectief. De SPH'er wordt opgeleid om samen de cliënt een zinvol perspectief voor de cliënt te zoeken.

Wat de SPH'ers niet mogen uitvoeren in de behandeling met deze jongens, is het toedienen van medicatie. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van de medische dienst.

C. Browndale-huizen

De kinderen die bij de Browndale-huizen opgevangen worden zijn ernstig in hun ontwikkeling gestagneerd door uiteenlopende omstandigheden. De doelgroep van de SPH'er komt hiermee overeen. Onder de doelgroep van de SPH'er vallen kinderen die door een combinatie van factoren en omstandigheden, waaronder stoornissen en ontwikkelingsproblemen, tijdelijk of duurzaam aangewezen zijn op professionele ondersteuning. Het huis wordt geleid door drie of vier volwassenen en functioneert als vervangend gezin. Verzorging, behandeling en opvoeding zijn volgens de Browndale-methode nauw met elkaar verweven in de begeleiding. De SPH'er is opgeleid om ondermeer te werken met een combinatie van aspecten van verzorging, begeleiding en behandeling in het werken in de woon- en leefsituatie. Hierdoor komt de visie van de Browndale-methode overeen met de opleiding SPH.

De Browndale-methode is voor de SPH'er een geschikte methode om mee te werken. In deze methode is de hulpverlener een onderdeel van het vervangend gezin. De hulpverlener houdt de dagelijkse structuur bij en zorgt voor een goed verloop van de huishoudelijke taken. De SPH'er geeft hulpverlening aan cliënten met problemen in hun ontwikkeling in het functioneren in hun woon- en leefsituatie. Daarnaast is de hulpverlener pedagogisch bezig, hij leert het kind wat wel en wat niet toegestaan is aan de hand van limits en anchorpoints.

(Zie ook hoofdstuk 2.2C Browndale-huizen.) Hierbij moet de hulpverlener zelf inschatten wanneer hij een kind tot een 'uitbarsting' laat komen. Dit moet een SPH'er kunnen inschatten, hij analyseert het gedrag van de cliënt en speelt hierop in door een programma te ontwerpen en uit te voeren die gericht is op een zinvol en acceptabel leven, op zelfredzaamheid, sociale competentie en maatschappelijke integratie. Wanneer deze 'uitbarsting' volgens de SPH'er zinvol is, zal hij ervoor zorgen dat deze ook komt. De hulpverlener houdt het doel van de opname in gedachten, deze is; de kinderen een (nieuwe) evenwichtige balans te bieden voor hun verdere groei en ontwikkeling. De SPH'er is ondermeer opgeleid om cliënten te helpen met de instandhouding van het gewone leven of deze te herstellen en om de structurele belemmeringen bij de cliënt weg te nemen. Jeugdhulp Friesland biedt zorg aan kinderen en/of jongeren en hun ouders die al dan niet tijdelijk ondersteuning nodig hebben. Zo kort en licht als mogelijk is, maar ook zo lang en intensief als nodig is. De ondersteuning kan plaatsvinden bij opvoedings-, ontwikkelings-, en/of gedragsproblemen. Jeugdhulp Friesland biedt passende en samenhangende hulp aan. Dat gebeurt in een zo licht mogelijke vorm, zo vroeg mogelijk en zo kort mogelijk. De hulp wordt zoveel als mogelijk (en wenselijk) in de directe leefomgeving van de cliënt geboden. Jeugdhulp Friesland werkt volgens de principes van empowerment en respect. Jeugdhulp Friesland zegt meerdere SPH'ers in dienst te hebben bij deze methode. Ondanks dat er voor de Browndale-methode geen speciale opleidingseisen worden gesteld, vinden zij SPH'ers geschikt om met deze methode te werken. Van medewerkers wordt verwacht dat zij een goede algemene ontwikkeling, motivatie, levenservaring hebben en dat zij bereid zijn tot leren. Volgens Jeugdhulp Friesland bezitten SPH'ers deze eisen en daarnaast hebben zij voorkennis van de ontwikkeling van het kind.

D. Therapeutische pleegzorg

De therapeutische gezinsverpleging als methodiek is voor in hun sociaal-emotionele ontwikkeling ontspoorde kinderen opgezet. Deze kinderen vallen onder de doelgroep van de SPH'er. Onder de doelgroep van de SPH'er vallen kinderen die ontwikkelingsproblemen hebben.

Wanneer een kind bij een pleeggezin wordt ondergebracht dan heeft dit gezin vanuit de therapeutische pleegzorg een ouderbegeleider. Deze ouderbegeleider is de 'go-between' tussen het multidisciplinaire team en de pleegouders. De ouderbegeleider wisselt regelmatig de ervaringen van de pleegouders met het kind uit om zo op één lijn te komen. De SPH'er kan deze ouderbegeleider zijn. De SPH'er onderhoudt het contact met het systeem van de cliënt, de opvoeders. De SPH'er moet een programma kunnen maken dat aansluit op de wensen en behoeften van de cliënt. Hierdoor zal de SPH'er ook overleg plegen met zijn team. In het geval van de therapeutische pleegzorg is dit een multidisciplinair team. Hij zal met dit team overleg voeren over de voortgang van het kind. De uitkomsten van dit overleg zal de ouderbegeleider in het contact met de opvoeders van het kind, de opvoeders meedelen.

Stichting Frentrop De Widdonck biedt een veelzijdige vorm van jeugdhulpverlening: intensief ambulante zorg, pleegzorg en residentiële zorg. Hierbij biedt De Widdonck specialistische residentiële hulpverlening aan meisjes en jongens met ernstige omgangsproblemen en gedragsstoornissen, terwijl de therapeutische pleegzorg specialistische pleegzorg biedt aan kinderen in pleeggezinnen. Daarnaast biedt zij specifieke deskundigheid aan adoptieouders en is een multidisciplinair team beschikbaar voor advies, consultatie of kortdurende begeleiding van pleegouders, pleegkinderen en betrokken case-managers/gespecialiseerd ambulant hulpverleners.

Stichting Frentrop De Widdonck werkt met kinderen van nul tot achttien met therapeutische pleegzorg en daarnaast met kinderen van vier tot achttien in de residentiële behandeling. Bij De Widdonck wordt er gebruik gemaakt van verschillende methoden. Therapeutische pleegzorg is hier één van. De andere methoden zijn; 'Een huis vol gevoelens', 'Mijn levensboek', 'De horizonmethode' en 'Speltherapie', De SPH'ers die bij deze instelling

werken, werken ook met deze therapeutische pleegzorg. Zij werken vanuit een hulpverleningsplan waarbij wordt gekeken wat de cliënt nodig heeft. De SPH'er die vanuit een organisatie werkt, moet in staat zijn om een bijdrage te leveren aan visie, beleid, preventieactiviteiten en hulpverleningsmethodiek. Dit moeten zij bij de behandeling/begeleiding om kunnen zetten in behandelings- en begeleidingsplannen. Ouderbegeleiders werken binnen de Therapeutische Pleegzorg aan het verbeteren van de hechting maar niet in een opvoedingsrelatie maar in een hulpverlenercliënt relatie. Zij werken met de Therapeutische pleegzorg waardoor er een therapeutische relatie ontstaat en niet een opvoedingsrelatie. Voor de SPH'er is dit één van de mogelijke relaties waar hij op de opleiding al mee te maken krijgt. De SPH'er leert om te gaan met ambulante, residentiële en semi-residentiële vormen van hulpverleners. Tijdens de therapeutische pleegzorg worden de kinderen ook andere methoden aangereikt bij Stichting Frentrop De Widdonck. Zo wordt er speltherapie gegeven. Deze methode wordt niet door de SPH'er gegeven. Hiervoor is er bij Stichting Frentrop De Widdonck een gedragswetenschapper aanwezig.

E. Sherborne-methode

De Sherborne-methode wordt gebruikt in de opvoeding van peuters en kleuters, in de begeleiding van kinderen en volwassenen met sensorische problemen, lichamelijk en/of mentale handicaps, bij psychiatrische patiënten en gezinsgerichte therapieën. De doelgroep van de SPH'er bestaat uit mensen van alle leeftijden die door een combinatie van factoren en omstandigheden, waaronder stoornissen, handicap, ziekte en ontwikkelingsproblemen, tijdelijk of duurzaam zijn aangewezen op professionele ondersteuning.

Het kind leert door de bewegingslessen van de Sherborne-methode te luisteren naar de eigen lichamelijke sensaties en wordt zich zo bewust van de mogelijkheden en beperkingen van het eigen lichaam. Zo groeit ook het vertrouwen in zichzelf. Het gaat erom dat het kind het eigen lichaam ontdekt, op het eigen lichaam durft te vertrouwen en naar het eigen lichaam leert luisteren. Het werken met bewegingslessen en niet met praten of andere muzisch-agogische wegen is voor de SPH'er niet geheel vanzelfsprekend. Wel moet de SPH'er in zijn werk creatief met de cliënt en zijn wensen om kunnen gaan. Blijkt dus dat via praten en andere wegen de SPH'er niet het gewenste gedrag uit de cliënt kan ontlokken, hij hier een andere creatieve oplossing voor moet zien te vinden. De SPH'er zal hierdoor zelf kunnen kiezen voor bewegingslessen.

De Sherborne-methode kan ingezet worden ter preventie en als behandeling. De handelwijze van de SPH'er kenmerkt zich door een preventieve gerichtheid. Dit betekent gericht zijn op het voorkomen van problemen of verergering daarvan en terugval in de problemen. De Sherborne-methode wordt gebruikt bij kinderen waarvan wordt getwijfeld of de hechtingsfasen goed zijn doorlopen en bij kinderen waarvan zeker is dat de hechtingsfasen niet goed zijn doorlopen.

Prins van Haarlem is een particulier initiatief. In de praktijk is er een ruime ervaring in de jeugdhulpverlening. De afgelopen jaren heeft Prins van Haarlem zich gespecialiseerd in hechtingsproblematiek bij kinderen. Prins van Haarlem combineert een praktische kijk op de opvoeding van kinderen met succesvolle methodieken. Als blijkt dat de ontwikkeling van vertrouwen en zelfvertrouwen niet goed op gang komt (is gekomen), kan Prins van Haarlem De ouders en het kind daarin op drie manieren ondersteunen. Via advies en begeleiding bij opvoedingsvragen, via begeleiding van adoptiekinderen en via scholing en training op maat. Prins van Haarlem is van mening dat een afgestudeerde SPH'er met de Sherborne-methode kan werken. In de SPH opleiding is er aandacht voor de ontwikkeling van een kind en de omgang met kinderen. De SPH'er heeft hierdoor een goede voorgeschiedenis voor het werken met kinderen met een hechtingsprobleem.

Het is wel van belang om een Sherborne-cursus te volgen wanneer men met de Sherborne-methode wil gaan werken. Hierin wordt geleerd waar de Sherborne-methode vandaan komt, wat het inhoudt en waarvoor de methode wordt gebruikt. Zo is er meer deskundigheid over de methode en kan de SPH'er deze beter uitdragen. De SPH'er is vanuit de opleiding niet

gewent om met bewegingslessen te werken met de cliënt en daardoor is deze cursus ook wenselijk. Hiernaast wordt een opleiding Video Interactie Begeleiding aanbevolen door Prins van Haarlem. Veel van de interactieprincipes die de Sherborne-methode toepast bij kinderen met een hechtingsprobleem komen voort uit de Video Interactie Begeleiding. Door het volgen van deze opleidingen is de SPH'er geschikt voor het werken met de Sherborne-methode.

Accare is een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Kinderen, jongeren en hun ouders kunnen bij Accare terecht.

Accare biedt onder andere hulp bij eetproblemen, ADHD, angst, gedragsproblemen, depressies en ontwikkelingsstoornissen. Het grootste gedeelte van de cliënten wordt poliklinisch behandeld, slechts een klein deel wordt opgenomen.

Locatie de Ruyterstee werkt met kinderen van twaalf tot en met achttien jaar met een hechtingsstoornis te werken. Hierbij nemen de SPH'ers deel aan de behandeling. De Ruyterstee werkt niet volgens een bepaalde methode te werken. Zij wachten tot de jongere een hechtingspersoon uitkiest met wie hij de hechtingsfasen uit de hechtingsperiode opnieuw doorloopt. Samen met het multidisciplinaire team geven zij vorm aan de hechtingsbehandelingen maar deze vindt vooral plaats op de leefgroep. Er zijn hierbij geen handelingen die een SPH'er niet mag uitvoeren.

4.2 Hoe stelt een SPH'er zich op in deze methoden?

Do's van de in hoofdstuk 4.1 genoemde meewerkende instellingen zijn:

- *Vol houden*

Het werken met kinderen met een hechtingsprobleem verloopt niet altijd even snel. Ook als de situatie uitzichtloos lijkt moet je als hulpverlener doorzetten en volhouden. Het hechtingsprobleem zal niet beter worden wanneer hulpverleners de moed opgeven.

- *Ouders erbij betrekken*

Ouders erbij betrekken is erg belangrijk omdat zij de hechtingsrelatie met hun kind thuis moeten voortzetten. Zij moeten dus op de hoogte zijn van de vorderingen van het kind en de aanpak tegenover het kind.

- *Zorgen voor een goede na begeleiding*

Het is belangrijk de kinderen niet meteen in het diepe te gooien na de behandeling. Het is wenselijk om het kind, zeker na een opname in een instelling of pleegzorg, een nabehandeling te geven om de geleerde dingen nogmaals te herhalen. Hierdoor worden geleerde zaken nog makkelijker toe te passen voor de kinderen.

- *Werken vanuit een hulpverleningsplan*

Door te werken vanuit een hulpverleningsplan verloopt de hulpverlening gestructureerd. Vaak werken meerdere disciplines tegelijkertijd met één kind. Door het hebben van een hulpverleningsplan, houden deze verschillende disciplines in de gaten wat andere disciplines met het kind doen en hoe dit verloopt.

- *Veel bespreken met het team en gedragswetenschappers*

Tijdens de besprekingen de werkwijze van teamleden analyseren en deze afstemmen op de (nieuwe) wensen van de cliënt. Door het bespreekbaar houden van de werkwijze wordt de werkhouding geanalyseerd en worden persoonlijke en beroepsmatige kanten tegen het licht gehouden.

- *Behandelen op een emotieneutrale wijze*

Zorg dat je als hulpverlener niet te veel betrokken raakt bij de kinderen. Hou je houding beroepsmatig ten opzichte van deze kinderen. De kinderen proberen vaak een loopje te nemen met de hulpverlener. Door de houding beroepsmatig te houden is de kans dat dit de kinderen lukt geringer.

- *Met kleine stapjes tegelijk werken*

De kinderen moeten veel dingen (opnieuw) leren. Dit moet geleidelijk bij de kinderen worden aangeleerd. Wanneer de hulpverlener te snel wil kan het kind het overzicht kwijt raken. De behandeling of begeleiding kan dan langer gaan duren dan noodzakelijk is. Het kind voelt zich dan ook minder prettig bij de behandeling/begeleiding.

- *Het kind de hulpverlener laten kiezen waarmee hij de hechtingsbehandeling wil doorlopen*

Omdat het kind moeite heeft met zich te hechten zal het sneller werken om het kind de hechtingspersoon uit te laten kiezen. De hulpverlener merkt het zelf wel wanneer het kind meer naar hem toetrekt of naar een collega.

Don'ts van de in hoofdstuk 4.1 genoemde meewerkende instellingen zijn:

- *Geen persoonlijke band aangaan met de kinderen*

De kinderen doen altijd een beroep op de hulpverlener als persoon. Als hulpverlener moet je hier niet op in gaan. De hulpverlener moet zijn professionele houding blijven laten zien aan de kinderen.

- *Niet forceren*

Wanneer de hulpverlener de hechtingsrelatie probeert op te dringen bij het kind, zal deze zich er eerder tegen verzetten dan mee te werken. De hulpverlener moet zijn tempo aanpassen op het tempo van het kind.

- *Wijs geen bepaalde hulpverlener toe aan het kind*

Een kind met een hechtingsprobleem heeft moeite met het vertrouwen van volwassenen. Het aanwijzen van één hulpverlener kan bij het kind overkomen als dwang. Hij zal om moeten gaan met die ene persoon. Bij het niet aanwijzen van een hulpverlener, kan het kind zelf zijn weg kiezen naar een bepaalde hulpverlener.

- *Denk niet te licht over de betekenis van de interactie voor het kind*

De betekenis van de interactie voor het kind met een hechtingsprobleem is vaak anders dan dat de hulpverleners gewend zijn. Wanneer er te licht over de betekenis kan worden gedacht voelt het kind dit aan. Het kind zal de hulpverlener eerder wantrouwen dan vertrouwen.

De meewerkende instellingen hebben meer do's aangegeven dan don'ts dit komt op mij over of de instellingen meer dingen aanmoedigen in de omgang met kinderen met een hechtingsprobleem dan afraden.

Samenvatting

De SPH'er mag werken met de methoden Sociogroepsopvoeding, Browndale-methode en de Therapeutische pleegzorg. Hij mag hierin geen medische handelingen verrichten. Hiernaast kan de SPH'er met een speciale opleiding ook de Sherborne-methode uitvoeren. De methode Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar is niet geschikt voor de SPH'er om mee te werken. Een aantal tips in de omgang met kinderen met een hechtingsprobleem zijn gegeven door de meewerkende instellingen.

5. Conclusie

Na alle deelvragen uitgewerkt te hebben, ben ik beland bij de conclusie. De hoofdvraag en deelvragen die ik aan het begin van dit afstudeerproject opgesteld had waren;

Onderzoeksvraag:

‘Welke methoden kunnen SPH’ers gebruiken in de begeleiding van kinderen met een hechtingsprobleem?’

Mijn deelvragen;

1. Wat is een hechtingsprobleem?
2. Wat zijn bestaande methoden voor kinderen met een hechtingsprobleem?
3. Wat mag een SPH’er doen, in zijn begeleiding met kinderen met een hechtingsprobleem?
4. Welke methoden sluiten aan op de bevoegdheden van een SPH’er?
5. Hoe stelt een SPH’er zich in de begeleiding met een kind met een hechtingsprobleem op?

In hoofdstuk één komt aan de orde wat hechting en een hechtingsprobleem is. Ik wist al wel in grote lijnen wat deze twee begrippen betekenden maar ik wist niet precies waardoor een hechtingsprobleem ontstaat. Door de literatuur ben ik hier helemaal achter.

Hechting is een relatief duurzame affectieve relatie tussen een kind en één of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig interactie heeft, normaal gesproken de opvoeders. Wanneer een kind een onveilige hechting heeft gehad ontstaat er een hechtingsprobleem. Er is een verstoring van de relatie tussen het kind en de opvoeders, waarin betrokkenheid van de behoeften van het kind en de wereld eromheen niet gelijk lopen. Hechtingsproblemen kunnen hun oorzaak vinden in de eerste drie levensfasen van het kind: tijdens de zwangerschap, de geboorte en/of de vroegste fase. Tijdens de zwangerschap ervaart het kind al gevoelens van welbehagen en onbehagen. Welk gevoel het kind in de baarmoeder ervaart, heeft gevolgen voor de ervaring van veiligheid en onveiligheid waarmee het kind ter wereld komt. Het ervaren van veiligheid is een vereiste voor de ontwikkeling van de hersens en de beheersingspatronen. Wanneer de baby het Kiss-syndroom krijgt, houdt het niet van aanrakingen omdat het nekje geblesseerd is geraakt tijdens het geboorteprocés. De baby ervaart dan lichamelijke pijn. In veel gevallen kunnen er traumatische ervaringen aan de orde zijn geweest, zoals adoptie en ziekte. Een hechtingsprobleem is te herstellen door het (opnieuw) aanleren van beheersingspatronen. Er wordt ook wel gesproken over een emotionele handicap waarmee het kind kan leren omgaan.

Hierna ben ik in hoofdstuk 2 bestaande methoden voor de hulpverlening aan kinderen met een hechtingsprobleem uiteen gaan zetten.

De methoden, Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar, Sociogroepsopvoeding, Browndale-methode, Therapeutische pleegzorg en de Sherborne-methode, zijn allen gebaseerd op het (opnieuw) aanleren van basisvaardigheden die nodig zijn voor het kind in de toekomst. Het zich veilig kunnen voelen, het aanleren van beheersingspatronen en afleren van zelfhandavingspatronen spelen hierbij een grote rol. Dit kan via de opvoeders worden bereikt, via een groep leeftijdsgenootjes, via pleegouderschap en via

bewegingsoefeningen. Bij alle methoden is het effect dat het kind zich veilig voelt bij volwassenen en zo een relatie kan aangaan met zijn opvoeders. Niet elke methode werkt even snel. Er moet rekening worden gehouden met de aard van het probleem en wanneer deze begonnen is.

In hoofdstuk 3 heb ik de bevoegdheden van de SPH'er nader uitgelegd. Bevoegdheden van de SPH'er zijn vooral het bieden van een zinvol perspectief van de cliënt, het herstellen of in stand houden van het gewone leven van de cliënt en het ondersteunen van de cliënt in de zelfstandigheid van de cliënt. De handelswijze van de SPH'er kenmerkt zich tevens door een preventieve gerichtheid. Dit betekent het gericht zijn op het voorkomen van problemen of van verergering daarvan en terugval in de problemen. De SPH'er moet de situatie waarin de cliënt zich bevindt kunnen analyseren, met inbegrip van diens ziens- en zijnswijze, de aanwezige beperkingen en belemmeringen, zijn gedrag en de sociale en maatschappelijke factoren die hem in een kwetsbare positie plaatsen. De SPH'er speelt daarop in door een programma te ontwerpen en uit te voeren die gericht is op een zinvol en acceptabel leven, op zelfredzaamheid, sociale competentie en maatschappelijke integratie.

De SPH'er is niet bevoegd tot 13 voorbehouden handelingen en mag zich niet bevinden op het terrein van 8 geregistreerde beroepen.

Hoofdstuk 4 is tot stand gekomen door hulpverleners een vragenlijst te laten invullen die met methodes werken voor kinderen met een hechtingsprobleem. Naar aanleiding van deze vragenlijsten ben ik erachter gekomen welke van de door mij beschreven methoden geschikt zijn voor SPH'ers om mee te werken.

Al mijn deelvragen zijn beantwoord, daardoor heb ik een conclusie gekregen op mijn hoofdvraag;

'Welke methoden kunnen SPH'ers gebruiken in de begeleiding van kinderen met een hechtingsprobleem?'

Welke methoden SPH'ers met hun opleiding kunnen gebruiken:

- De sociogroepsopvoeding
- De Browndale-methode
- De Therapeutische pleegzorg

Bij deze methoden is de SPH'er actief in de begeleiding van de kinderen. De SPH'er heeft de bevoegdheid om het kind op weg te helpen naar een zinvol perspectief. Het in stand houden van het gewone leven of het herstellen hiervan en het ondersteunen in de zelfstandigheid van het kind.

In de sociogroepsopvoeding daagt de hulpverlener het kind uit tot het ontwikkelen van een gezonde behoefte aan levens- en toekomstperspectief. Dit betekent dat de SPH'er een dagprogramma ontwikkelt die aansluit op de hulpvraag en het niveau van het kind. Hij moet hierbij het kind kunnen analyseren en op de afgegeven signalen van het kind een creatief programma kunnen bedenken en uitvoeren.

In de Browndale-methode betekent dit dat de SPH'er de dagelijkse structuur in stand houdt en zorgt voor een goed verloop van de huishoudelijke taken.

Daarnaast is de SPH'er pedagogisch bezig, hij leert het kind wat wel en wat niet toegestaan is aan de hand van limits en anchorpoints (pagina 19). Hierbij moet de hulpverlener zelf inschatten wanneer hij een kind tot een 'uitbarsting' laat komen. De SPH'er biedt de kinderen een (nieuwe) evenwichtige balans voor hun verdere groei en ontwikkeling in de Browndale-methode.

Bij de Therapeutische pleegzorg is de SPH'er contactpersoon tussen het team en de opvoeders. De SPH'er moet een programma kunnen maken dat aansluit op de wensen en behoeften van de cliënt. Hierdoor zal de SPH'er ook overleg plegen met zijn multidisciplinair team. Dit moeten zij bij de begeleiding om kunnen zetten in een begeleidingsplan.

Hiernaast is er ook nog de Sherborne-methode. Deze kan de SPH'er gebruiken wanneer hij een Sherborne-curcus en een Video Interactie Begeleiding opleiding heeft gevolgd.

6. Eigen visie

Nu ik alle deelvragen beantwoord heb en daardoor een antwoord heb gekregen op mijn hoofdvraag, ga ik nog mijn eigen visie geven.

Zelf werk ik niet met kinderen met een hechtingsstoornis en heb de genoemde methoden zelf ook niet gebruikt. Ik kan hierdoor mijn eigen visie alleen geven op basis van de door mij gecollecteerde gegevens en mijn hierop gevormde mening.

Toen ik bezig was met het verzamelen van de gegevens voor mijn literatuurgedeelte kreeg ik al een goed beeld van de methoden die ik uiteen wilde zetten.

Ik vind dat alle methoden goede elementen in zich hebben zitten en zal hier dan ook niet zeggen dat ik een bepaalde methode niet zal gaan gebruiken.

Wat ik een sterk punt aan de methode 'Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar' van De Lange vind, is dat het kind niet het gevoel heeft een behandeling te moeten ondergaan. Het kind blijft thuis en kan hierdoor gewoon kind zijn. De opvoeders werken thuis met het kind aan het hechtingsprobleem waardoor het kind het vertrouwen in de opvoeder hervindt. Ik vind het belangrijker dat het kind leert te vertrouwen op de opvoeder dan op hulpverleners. Het kind blijft afhankelijk en in contact met de opvoeders en het contact met de hulpverleners houdt eens op. Wel ben ik van mening dat het zien van het kind tijdens de behandeling meer zal toe bijdragen aan de behandeling. Het verhaal wat de opvoeders vertellen kan gekleurd zijn door de eigen beleving. Hierdoor is het moeilijk om de echte feiten te onderscheiden van de beleving van de opvoeders. Door het kind te zien en te kunnen analyseren, krijgt de hulpverlener mijn inziens meer (feitelijke) gegevens over het kind.

Bij de methode 'sociogroepsopvoeding bij oudere kinderen' vind ik het goed van De Lange dat hij de kinderen samen laat zijn. De kinderen leren zo onbewust van elkaar en hebben meer het gevoel in een groep te zitten dan in een therapie. Ditzelfde gegeven vind ik goed aan de 'Browndale-methode'. Wat ik aan deze methode verder goed vind, is dat de groepsleiders echt bij de kinderen in het huis wonen. Zij zijn niet na een werkdag weer weg. Er wordt echt een gezin nagebootst waardoor het voor de kinderen makkelijker wordt om op de groepsleiders te bouwen. Zij zijn 24 uur per dag aanwezig en het gevoel een beroep op deze groepsleiders te kunnen doen wordt daardoor volgens mij kleiner dan groepsleiders die niet bij de kinderen in huis wonen. Doordat er een gezin wordt nagebootst wordt het mijn inziens ook gemakkelijker voor de kinderen het geleerde ook thuis te laten zien. Wel lijkt het werk voor de hulpverlener mij hier zwaarder dan bij de 'sociogroepsopvoeding'. De hulpverlener is 24 uur per dag bij de kinderen in het huis. Hij heeft hierdoor minder ruimte om tijd voor zichzelf te nemen. Van mijzelf weet ik dat ik die ruimte nodig heb om me na een werkweek weer goed op te laden om de volgende week weer in te gaan. De hulpverlener bij de 'Browndale-methode' kan dit niet in die zin dat hij zijn werk even los kan laten, hij woont op zijn werk.

Bij de 'Therapeutische pleegzorg' wordt er gewerkt met een multidisciplinair team. Dit vind ik goed aan deze methode. Er wordt samen gekeken naar wat het beste is voor het kind en hier wordt ook samen aan gewerkt. Elke discipline heeft hier zijn eigen expertise in. Hierdoor krijgt het kind een goede behandeling en begeleiding.

Bij de 'Sherborne-methode' wordt de nadruk niet op de hechting gelegd, dit vind ik erg goed. Een kind heeft snel door dat er iets niet 'goed' met hem is, bij deze vorm van methode zal dat minder snel opvallen. Er wordt bewogen, het kind zal het ervaren als een soort gymles. Er is niet iets goed of fout bij de Sherborne methode, op die manier werken, werkt veel

opener en meer ontspannen. Het kind voelt niet de druk om te moeten presteren en kan gewoon zichzelf zijn.

Zelf zal ik kiezen voor een open en geduldige manier van omgang met de kinderen. De kinderen moeten niet het gevoel krijgen dat zij iets binnen een korte periode moeten presteren. Het werken zal hierdoor gemakkelijker en meer ontspannen gaan. Open zijn, het kind laten weten wat jij denkt met betrekking tot de vordering in de begeleiding en hierin eerlijk zijn, zal mijn inziens eerder het vertrouwen van het kind winnen dan wanneer je als hulpverlener niet eerlijk bent. Daarin hoef je niet alles wat je over het kind weet aan het kind te vertellen. Maar laten zien dat je eerlijk bent geeft vertrouwen waardoor het kind ook eerder eerlijk tegen jou zal zijn.

Wanneer ik in de toekomst zal gaan werken met kinderen met een hechtingsprobleem zal ik dit willen doen via aspecten uit alle behandelde methoden. Ik zal de opvoeders erbij willen betrekken zodat zij thuis met het kind kunnen werken aan de hechtingsrelatie. Dit vind ik erg belangrijk omdat het kind altijd een relatie met zijn opvoeders blijft houden, ongeacht hij thuis komt wonen of niet. Ook zal ik de leeftijdsgenootjes van het kind erbij willen betrekken om te werken aan de socialisatie. Het kind neemt na zijn negende jaar meer aan van leeftijdsgenoten dan van volwassenen. Om de begeleiding zo vlot mogelijk te laten verlopen zal ik de leeftijdsgenoten erbij betrekken.

Ik zal vooral geen onderscheid willen maken tussen goed en slecht. Het kind zal hierdoor het gevoel krijgen te moeten presteren. Wanneer dit dan niet gebeurt zal hij dit kunnen voelen als falen.

Ik heb het gevoel kinderen met een hechtingsprobleem te kunnen helpen wanneer ik deze aspecten zal toepassen in mijn werk met deze kinderen.

Suggesties voor nader onderzoek

Tijdens het werken aan mijn oriëntatie op mijn onderwerp voor mijn afstudeeropdracht viel mij één ding gelijk op. Via het internet en via ouderverenigingen voor kinderen met een hechtingsprobleem, kwam ik verhalen tegen van ontevreden ouders.

De ouders vonden dat de hulpverleners niet allemaal even goed hun best deden om het kind met het hechtingsprobleem te helpen. De hulpverleners dachten, volgens de ouders, te licht over de problematiek van het kind. Deze ouders dachten dat de hulpverlener het idee had dat het probleem wel mee viel en de hulpverlener het kind gemakkelijk kon helpen. Wanneer dit dan niet het geval bleek schoof de hulpverlener het kind opzij met de mededeling dat het niet te helpen viel.

Het viel mij op dat deze ouders wat wantrouwend tegenover de hulpverlening stonden. Ik vind dit een zeer triest gegeven. Het is zeker niet de bedoeling van de hulpverlening om wantrouwen te zaaien. Iedereen moet met een vertrouwd gevoel een beroep op de hulpverlening kunnen doen. Ik vraag me af hoe het beeld van de ouders is ten opzichte van de hulpverlening aan kinderen met een hechtingsprobleem en welke betekenis dit heeft voor de hulpverlening.

Is het zo dat hulpverleners niet weten hoe zij de kinderen met een hechtingsprobleem moeten behandelen?

Wanneer dit het geval blijkt te zijn, wat is er dan nodig voor hulpverleners om deze kinderen wel goed te kunnen behandelen.

Wanneer blijkt dat hulpverleners wel goed behandelen maar het beeld van de ouders over de hulpverlening niet goed is, hoe kunnen wij als hulpverleners dit beeld weer positief veranderen?

Mijn suggestie is om deze vragen nader te onderzoeken.

LITERATUUR

Gebruikte literatuur

Bilo, R.A.C., DR. H.W.A. Voorhoeve, *Kind in ontwikkeling, een handleiding bij de observatie bij jonge kinderen*. Elsevier/De Tijdsstroom, Maarssen, 1999. 5^e herziende druk.

Die, de A.C. mr., mr. drs. E.M. Hoorenman, *De wet BIG, de betekenis van de wet voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg*. Koninklijke vermande, Den Haag, 2003. 5^e herziende druk.

Egmond, van G. *Bodemloos bestaan, problemen met adoptiekinderen*. Uitgeverij Ambo bv, Baarn, 1987. 4^e druk

Egmond, van G. *Verbinding verbroken, adoptie in adolescentie*. Uitgeverij Ambo bv, Baarn, 2001. 2^e uitgebreide druk

Landelijk opleidingsoverleg SPH, *De creatieve professional, opleidingsprofiel en opleidingskwalificaties Sociaal Pedagogische Hulpverlening*. Uitgeverij SWP, 1999.

Lange, de Dr. G. *Relatiegestoorde kinderen, twee opvoedingswijzen bij hechtingsstoornissen*. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen, 2002.

Most, van der G.H.F. e.a. (red.). *Hechting en therapeutische pleegzorg, een behandeling voor kinderen met een bedreigd perspectief*. Koninklijke Van Gorcum, Assen, 2001.

IJzerdoorn, M.H. e.a. *Opvoeden in geborgenheid, een kritische analyse van Bowlby's attachmenttheorie*. Van Loghum Slaterus B.V., Deventer, 1982.

Geraadpleegde literatuur

Geyskens, T, Ph. van Haute. *Van doodsdrijf tot hechtingstheorie, het primaat van het kind bij Freud, Klein en Hermann*. p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam, 2003.

Noot, B. *Schrijvender-Wijs in het HBO*, Uitgeverij H. Nelissen, Baarn, 1999. 2^e druk

Gebruikte internetpagina's

<http://www.jeugdwerknet.nl/download/browndale.doc>, januari 2006

<http://www.kiezenvoorkinderen.nl/>, januari 2006

<http://www.jeugdhulpfriesland.nl/>, januari 2006

<http://www.aitnl.org/>, maart 2006 (artikel gewijzigd na 5 juni 2006)

<http://www.sherborne.nl/>, maart 2006

<http://www.prinsvanhaarlem.nl/>, maart 2006

Gebruikte brochures

Informatiefolder De knoop, *Hechtingsstoornissen Geen-Bodem-Syndroom*. 6^e gewijzigde druk, maart 2005.

NVSPH, *Beroepscode NVSPH*, 27 maart 2002.

Tweede Nieuwsbrief Stichting KISS- en KIDD-syndroom Nederland
Mei 2004

Gebruikte artikelen

J/M oktober 2005 pagina's.....42,43,44

BIJLAGEN

Bijlage 1 Vragenlijst voor hulpverleners

Beste hulpverlener,

Mijn naam is Miranda Huiting ik ben laatstejaars student van de Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) aan de Hanzehogeschool te Groningen. Ik ben nu op zoek naar informatie voor mijn afstudeeropdracht en hoop dat u mij aan deze informatie kunt helpen. Ik doe onderzoek naar de bestaande methodieken die er zijn, om kinderen met een hechtingsprobleem te helpen en welke van deze methodieken geschikt zijn voor SPH'ers om mee te werken.

Mijn centrale onderzoeksvraag in mijn afstudeeropdracht luidt als volgt;

Welke methodieken kunnen SPH'ers gebruiken in de begeleiding van kinderen met een hechtingsprobleem?

Mijn doel met dit onderzoek is om te kijken welke methodieken er geschikt zijn voor SPH'ers om mee te werken.

Ik hoop dat u even de tijd wilt nemen om mijn vragenlijst in te vullen en weer te retourneren in de bijgesloten envelop.

Bij welke instelling werkt u?

.....
.....

Wat is uw functie?

.....
.....

Welke opleiding heeft u gevolgd?

.....
.....

Welke leeftijd hebben de kinderen waar u mee werkt?

- 4 t/m 12
- 12 t/m 18

Welke van de onderstaande methodieken kent u om met kinderen met een hechtingsprobleem te werken?

- Terug naar het begin met kinderen tot negen jaar
- Sociogroepsopvoeding bij oudere kinderen
- Browndale-methode
- Therapeutische pleegzorg
- Sherborne-methode

Gebruikt u in uw instelling één of meerdere van deze methoden? Zo ja welke, zo nee welke methode gebruikt u dan?

.....
.....
.....
.....

Zijn er binnen uw instelling afgestudeerde SPH'ers die met deze methoden werken? Zo ja, zijn er bepaalde handelingen die zij niet mogen uitoefenen doordat de opleiding hiervoor niet bevoegd is?

.....
.....
.....

Welke handelingen mogen zij niet uitvoeren?

.....
.....
.....
.....

Hoe stelt u zich persoonlijk op in de methode, ten opzichte van de kinderen met een hechtingsprobleem?

.....
.....
.....
.....

Welke effect heeft uw houding op het kind met een hechtingsprobleem op de korte en op de lange duur?

.....
.....
.....
.....

Kunt u tips geven wat men wel en niet moet doen in de omgang met kinderen met een hechtingsprobleem?

.....
.....
.....
.....
.....

Ten slotte:

Hebt u nog suggesties, opmerkingen of vragen dan kunt u deze op onderstaande regels kwijt.

.....
.....
.....
.....

Ik wil u hartelijk danken voor uw medewerking.

U kunt hier aankruisen of u een kopie wilt hebben van mijn uiteindelijke afstudeeropdracht, zodat u weet hoe uw gegevens verwerkt zijn.

- ja, ik wil graag een kopie.
- nee, ik wil geen kopie.

Bijlage 2 Anti-plagiaatverklaring

Omdat ik alleen heb gewerkt aan mijn afstudeeropdracht heb ik in de tekst uit bijlage 3 van de Studiehandleiding afstudeeropdrachten, cursusjaar 2005-2006 de 'wij' verandert in 'ik'.

Hierbij verklaar ik, dat ik bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door mij aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt heb. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde teksten overgenomen zijn, heb ik kenbaar gemaakt door middel van noten. Dit werkstuk heb ik zelfstandig gemaakt en is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

(plaats)
Groningen

(datum)
7 september 2006

Naam student:
Miranda Huiting

Handtekening: