

## Inleiding

### Onderwerp

Als onderwerp voor mijn scriptie heb ik gekozen voor hechtingsproblematiek bij adoptiekinderen en de hulpverlening daarvoor. De bestaande hulpverlening, maar ook de hulpverlening zoals ik die zie.

Wat maakt het dat ik gekozen heb voor dit onderwerp? In het derde jaar van de opleiding MWD heb ik stage gelopen bij de Centrale Opvang in Drachten. Dit is een project waar jongeren tussen 12 en 16 jaar worden begeleid gedurende zes weken. Jongeren waarmee het op school niet goed gaat. Dit kan allerlei oorzaken hebben, zoals de thuissituatie, drugs, verkeerde vrienden etc. Eén van de jongeren die in dit project zat, was geadopteerd uit Brazilië. Je merkte bij deze jongen dat hij moeite had met het leggen van persoonlijke contacten. Ook naar de leiding toe. Hij liet weinig van zichzelf los en als je te dichtbij (emotioneel) kwam, schermde hij zichzelf af. Mijn stagebegeleidster kende een mevrouw die zich verdiept had in problematiek rond adoptie en heeft aan haar gevraagd of zij wist wat er aan de hand zou kunnen zijn. Deze mevrouw dacht aan het zogenaamde geen-bodem-syndroom. Later is dit ook geconstateerd (na onderzoek). Ik vond dit erg interessant en wilde hier meer van weten. Ik kwam erachter dat er weinig informatie beschikbaar was met betrekking tot hechtingsproblematiek en de hulpverlening daarvoor, vandaar de keuze voor dit onderwerp.

### Probleemstelling

Mijn probleemstelling luidt als volgt:

- \* *Wat is hechtingsproblematiek bij adoptiekinderen?*
- \* *Wat doet de hulpverlening hieraan?*
- \* *Wat zou er anders kunnen binnen de hulpverlening?*

### Indeling

Ik heb mijn scriptie opgedeeld in vier hoofdstukken. Het *eerste hoofdstuk* gaat over hechtingsproblematiek bij adoptiekinderen. Ik beschrijf hier de theorieën van Bowlby en Mahler, het geen-bodem-syndroom, verschillende (mogelijke) oorzaken, symptomen, gedrag en als laatste conclusies en aanbevelingen.

In *hoofdstuk twee* beschrijf ik de verschillende soorten theorieën die er zijn binnen de bestaande hulpverlening. Ik zou eerst de hulpverlening zelf beschrijven, maar ben erachter gekomen dat je niet echt van hulpverlening kan spreken omdat er te weinig bekend is en er niet vastomlijnde hulpverlening is voor adoptiekinderen die last hebben van hechtingsproblematiek.

*Hoofdstuk drie* is een casus die ik op micro-, meso- en macroniveau analyseer in *hoofdstuk vier*. Dit doe ik aan de hand van de systeembenadering zoals Alfred Lange beschrijft in zijn boek "gedragsveranderingen in gezinnen". Aan het eind van dit hoofdstuk zal ik conclusies trekken en aanbevelingen doen voor de bestaande hulpverlening, hulpverleners en ouders.

### Internet

Verder heb ik gebruik gemaakt van zogenaamde forums op het internet. Daarin heb ik duidelijk gemaakt wie ik ben en waar ik mee bezig ben in de hoop op deze manier andere informatie te verkrijgen m.b.t. hulpverlening binnen adoptieproblematiek. Daar heb ik veel reacties op gekregen van mensen die zelf adoptiekinderen hebben, ervaring hebben met hechtingsproblemen en daar ook hulp voor hebben gezocht. Ik denk dat ik op deze manier

een andere kant kan belichten van hoe cliënten de hulpverlening ervaren. Ik wil opmerken dat ik niet had verwacht zoveel reacties en openheid te krijgen via forums, nieuwsgroepen en e-mail. Via e-mail heb ik een reactie gehad van een gezin met een adoptiekind met hechtingsproblematiek. Zij hebben mij het hele verhaal over hun dochter uit de doeken gedaan. Dit verhaal heb ik als praktijkvoorbeeld gebruikt en (met toestemming) helemaal overgenomen.

De reden dat ik apart vermelding maak van internet, is dat ik vind dat er door de opleiding te weinig aandacht wordt besteed aan dit medium. Het is een handig hulpmiddel voor studenten, maar ook voor hulpverleners. Je kan makkelijker over informatie beschikken dan voorheen. Het is niet alleen een informatiebron, maar ook een uitstekend communicatiemiddel.

Waar ik nog even apart vermelding van wil maken is dat ik tijdens mijn zoektocht naar de bestaande hulpverlening ook de FIOM heb aangeschreven. Ik heb gevraagd of zij voor mij informatie hadden over hoe zij adoptiekinderen met hechtingsproblemen helpen. Het antwoord wat ik daarop kreeg was dat zij deze kinderen niet helpen maar doorverwijzen naar het GGZ. Tijdens mijn beoordeling werd ik hier door ze kinderen niet helpen maar doorverwijzen naar het GGZ. Tijdens mijn beoordeling werd ik hier door één van de beoordelaars op gewezen. Er schijnt dus wel hulpverlening te bestaan voor adoptiekinderen met hechtingsproblematiek bij de FIOM, o.a. groepswork. Tijdens mijn eindgesprek heb ik de brief laten lezen aan de betreffende beoordelaar. Hij sloeg bijna stijl achterover.

De reden dat ik dit vermeld is dat ik om deze reden (de brief van de FIOM) de FIOM niet heb opgenomen in mijn scriptie.

Naar aanleiding van de brief van de FIOM (dat zij cliënten doorverwijzen naar het GGZ) heb ik het GGZ ook een brief geschreven. Zij hebben mij een briefje teruggeschreven met als antwoord dat zij in zo een korte tijd (3-4 weken) geen antwoord konden geven. Vandaar dat zij ook ontbreken in mijn scriptie.

Rutger van Hien

## Inhoudsopgave

### Inleiding

#### Hoofdstuk 1. Hechting

**pagina**

1.1	Wat is hechting?	1
1.2	Theorieën van Bowlby en Mahler	1 t/ m 3
1.3	Ontstaan en groei van gehechtheid bij het adoptiekind	3 + 4
1.4	Geen-bodem-syndroom	4 + 5
1.5	Oorzaken van hechtingsproblematiek	5 + 6
1.6	Symptomen van hechtingsstoornissen	6 + 7
1.7	Gedrag bij emotioneel verwaarloosde kinderen	7 + 8
1.8	Conclusies en aanbevelingen	9

#### Hoofdstuk 2. Hulpverlening

2.1	Hulpverlening	10 t/ m 12
2.2	Aromatherapie	13
2.3	Holding therapie	13
2.4	Video Home Training (AMW)	14
2.5	Video Interactie Begeleiding (Bureau VIA)	15 + 16
2.6	Theorie van “De Knoop”	16 + 17

#### Hoofdstuk 3. Casus

18 t/ m 20

#### Hoofdstuk 4. De (theoretische) hulpverlening geanalyseerd op basis van de systeembenadering

4.1	Systeembenadering (microniveau)	21 t/ m 23
4.2	Stromingen binnen de systeembenadering	24 t/m 26
4.3	Ordering in deze stromingen	26 + 27

4.4	Analyse van de praktijksituatie aan de hand van de psycho-analytische systeembenadering	27 + 28
4.5	Hulpverlening op mesoniveau	28 + 29
4.6	Hulpverlening op macroniveau	29
4.7	Conclusies en aanbevelingen	30 + 31

## **Literatuurlijst**

## Hoofdstuk 1. Hechting

### Inleiding

In dit eerste hoofdstuk zal ik beschrijven wat hechting is. Ik doe dit aan de hand van de theorieën van Bowlby en Mahler. Verder beschrijf ik de hechting en hechtingsproblematiek bij adoptiekinderen, het geen-bodem-syndroom (Geertje van Egmond), oorzaken voor hechtingsproblematiek, symptomen van hechtingsstoornissen, gedrag bij emotioneel verwaarloosde kinderen (dit gedrag kan kenmerkend zijn voor kinderen met een hechtingsprobleem). Aan het eind van dit hoofdstuk zal ik conclusies trekken en aanbevelingen doen voor ouders met adoptiekinderen met hechtingsproblematiek.

### 1.1 Wat is hechting?

Hechting is voor een kind erg belangrijk. In de eerste levensjaren van een kind gaat hechting eigenlijk vanzelf. Een baby voelt zich veilig en vertrouwd bij zijn ouders. Dit komt omdat een baby de liefde en aandacht van zijn ouders krijgt die hij/zij nodig heeft. Doordat ouders deze zorg geven aan een kind ontstaat er een basisveiligheid. Vanaf ongeveer een half jaar gaat een kind steeds meer onderscheid maken tussen zichzelf en de omgeving.

De baby krijgt door, dat het gedrag dat hij vertoont, invloed heeft op de omgeving. Op dit moment begint de echte band te ontstaan tussen ouders en kind. De baby weet dat hij steun krijgt van de ouders. Deze steun is belangrijk voor het kind om stukje bij beetje de wereld te gaan verkennen (exploratie). De voorkeuren komen naar voren in termen van eenkennigheid en scheidingsangst. Dit houdt in dat een baby die eenkennig is, tegen vader of moeder aankruipt als er onbekenden in de buurt zijn en dat het niet gescheiden wil worden van het vertrouwde gevoel dat de ouders hem geven. Eenkennigheid en scheidingsangst van een baby zijn tekenen dat hij gehecht raakt aan zijn ouders. Over het algemeen is de hechting compleet wanneer het kind een jaar of drie oud is.

Maar wat is hechting precies? Riksen Walraven heeft dit duidelijk omschreven. Zij noemt hechting een duurzame affectieve relatie tussen een persoon en een specifieke andere persoon. Anders gezegd betekent het dat iemand een binding heeft met een bepaald persoon. Binnen deze hechtingsrelatie laat een kind twee gedragingen zien die elkaar aanvullen:

1. het zoeken van de nabijheid van diegene aan wie het gehecht is
2. het zich verwijderen om de omgeving te onderzoeken (exploratie)

Dit sluit aan op het eerste stuk dat ik schreef. Het kind heeft de basisveiligheid van de ouders nodig om deze gedragingen te laten zien. Aan de ene kant is het kind bang om de persoon (of personen) die het veilige gevoel geeft te verlaten, maar aan de andere kant weet het kind dat het terug kan vallen op diezelfde persoon. Dit maakt dat het kind op onderzoek (exploreren) uitgaat om andere dingen en personen te ontdekken.

Beide gedragingen hebben een overlevingsfunctie. Het zoeken van nabijheid bevordert de veiligheid die het kind nodig heeft en de exploratie vergroot de kansen om later zelfstandig te leven. Lachen, huilen, volgen met de ogen, reiken en brabbelen zijn de meest voorkomende gedragingen bij de ontwikkeling van hechting (Goossens).

### 1.2 Theorieën van Bowlby en Mahler

*John Bowlby*, een Engelse kinderpsychiater, is de grondlegger van de hechtingstheorie. Bowlby zegt dat hechting genetisch (nature) is bepaald. Volgens deze theorie ontstaat er in de eerste kinderjaren gehechtheid aan personen die belangrijk zijn voor het kind. In de meeste gevallen zijn dit de ouders. Een baby is van zijn opvoeders afhankelijk voor eten en

drinken. Maar ook in emotionele zin zijn ze afhankelijk. Hierbij kun je denken aan troost, steun en aanmoediging. Met andere woorden, een kind is graag bij iemand die hem dit allemaal kan geven. Een baby wil niet graag van die persoon of personen gescheiden worden. Het is belangrijk dat een baby iemand heeft waar hij/ zij op terug kan vallen.

Het bestaan van een veilige hechtingsrelatie valt samen met de eerste fasen van de persoonlijkheidsontwikkeling. Wanneer de persoonlijkheidsontwikkeling binnen de eerste drie levensjaren niet goed verloopt, kan dit negatieve gevolgen hebben voor de relatievorming en het gedrag van het kind op oudere en zelfs op volwassen leeftijd. Deze gedragsstoornissen en relatieproblemen kunnen beter begrepen en aangepakt worden wanneer men op de hoogte is van de manier waarop de ontwikkeling, met name die van de separatie-individuatie, plaatsvindt.

Separatie-individuatie (*Mahler*) houdt in dat het kind in staat is los van de directe verzorger als een zelfstandig individu te functioneren en daarbij een beetje spanning en heimwee aankan. In emotioneel en cognitief opzicht is het kind in dat geval in staat om een innerlijk beeld van de moeder te hebben. Het kind kan dan zowel het beeld vasthouden van de accepterende en stimulerende, als dat van de afkeurende moeder. Dit noemt men een emotionele objectconstantie, een constante beleving van de andere persoon.

Van hieruit kan het kind constante zelfbeleving ontwikkelen. Dit heet zelfconstantie. Zoals de moeder het kind beleeft, zo beleeft het kind zichzelf ook. Het kind gaat zichzelf hierdoor als individu met een eigen identiteit bekijken.

Ik zal in het volgende stuk de verschillende subfasen van de separatie-individuatie-ontwikkeling beschrijven aan de hand van Mahler, waarbij ik het accent leg op het verband met de hechtingsontwikkeling.

Ik ga het hebben over de volgende vier fasen:

1. de differentiatiefase (van 5 tot 10 maanden)
2. de praktische subfase (van 10 tot 18 maanden)
3. de rapprochementfase (van 18 tot 24 maanden)
4. de subfase van objectconstantie

#### 1. *de differentiatiefase*

In deze fase differentieert het kind zich geleidelijk van de opvoeder. Deze onderscheiding van zichzelf en de opvoeder begint met het aftasten van de eigen lichaamsgrenzen t.o.v. overige objecten en personen. Langzaam komt de scheiding tussen ik en niet-ik tot stand. In deze fase zijn de “kiekeboespelletjes” favoriet. Het aftasten van het wel en niet aanwezig zijn van de bekende persoon of object. De opvoeder blijft wel de regulator van het kind. Hiermee bedoel ik dat het kind vaak naar de moeder kijkt om te zien of alles wat het kind doet gaat zoals het hoort of zoals men het van hem/ haar verwacht.

Dit is ook de fase waar separatie-angst optreedt. Hierbij is het kind met geen mogelijkheid bij de moeder weg te krijgen.

#### 2. *de praktische subfase*

In deze fase gaat het kind zich meer planmatig en gericht bewegen: kruipen, onderzoeken en bouwen. Het kind beleeft plezier aan de dingen die het doet. Het geeft een sterke bevestiging van de eigenwaarde. Dingen worden niet meer samen met de moeder gedaan maar door het kind alleen. Toch is de aanwezigheid van de opvoeder noodzakelijk voor het “applaus”. De positieve reactie van moeder die aangeeft dat iets goed is. De scheiding tussen ik en niet-ik wordt steeds groter in deze subfase. Er komt een duidelijke separatie op gang: de ander is anders dan het kind zelf.

Wat een gevaar is, is dat de opvoeder de dingen die het kind zelf onderneemt negatief beoordeelt, waardoor het kind zich niet bevestigd voelt en hierdoor angstig wordt.

### 3. *de rapprochementsfase*

Dit is zowel voor het kind als voor de opvoeder de meest lastige fase in de separatie-individuele fase. Het is vooral het onverwacht en onvoorspelbaar terugkerend gedrag uit een eerdere fase, dat zowel het kind als de ouders kan verrassen en soms zelfs radeloos kan maken. Een veelgehoorde uitspraak in deze fase is "ik kan hem wel achter het behang plakken".

Het goed of niet goed doorlopen van deze fase heeft grote gevolgen voor de persoonlijkheidsontwikkeling. Als er nog separatieconflicten zijn die niet overwonnen zijn kan dit later, vooral op adolescentenleeftijd, weer boven komen. Dit heeft er mee te maken dat het kind zich dan weer moet losmaken van de opvoeder. Dit wordt de tweede separatie genoemd en kan aanleiding zijn tot onverwachte gedragsproblemen of stemmingsstoornissen.

Een kind die in deze fase zit zal langer zonder zijn opvoeder spelen. Het weet meer en reageert nu ook meer los van de opvoeder. Het kind zoekt of verwijdt nu bewust (lichamelijk) contact met de opvoeder. Steeds belangrijker worden taal en spel tussen het kind en de opvoeder. Er is wel een "maar". Het kind raakt sneller gefrustreerd en is niet meer zo onverschillig voor de aanwezigheid of afwezigheid van de opvoeders. De separatie-angst neemt weer toe. Het kind is voortdurend op zoek naar de opvoeder en keert er ook steeds vaker naar terug. Het kind lijkt nu te schrikken voor zijn eigen zelfstandigheid en de opvoeder wordt weer de belangrijkste. Het kind is afhankelijk van de goed- of afkeuring van de opvoeder. Het vertoont negatief gedrag of een fanatiek aanklappen. Dit noem je ambitendentie. De beide houdingen die het kind heeft naar de opvoeder is gescheiden in het kind. Zijn hele leefwereld is gesplitst in goede en slechte relaties. Dit heeft te maken met de onrijpbaarheid en de intensiteit van het gevoelsleven van het kind. Ook hangt het samen met de gedachte dat het goede extra goed moet zijn, om het kwade weer goed te maken.

### 4. *de subfase van de objectconstantie*

In deze fase draait het om de vroegkinderlijke separatie en individuatie. Het kind kan nu los functioneren van de moeder. Het kind kan spanning en heimwee verdragen. Als de opvoeder niet aanwezig is, is het kind in staat om daar een beeld van op te roepen. Het kind gaat nu ook inzien dat de opvoeder niet alleen positieve maar ook negatieve eigenschappen in zich heeft. Het kind gaat begrijpen dat als de opvoeder boos is, dat straks niet meer zo is. Het wordt een individu met een eigen identiteit. Het kind weet dat het ook negatieve eigenschappen in zichzelf heeft.

Er blijkt een duidelijke samenhang te bestaan tussen de kwaliteit van de eerste hechtingsrelatie tussen kind en opvoeder en de manier waarop zij op latere leeftijd met elkaar omgaan. De hechtingsrelatie zoals zij zich ontwikkelt in de eerste levensjaren, drukt een belangrijke stempel op de verdere relatie. Veilig gehechte peuters blijken op meer adequate wijze om te gaan met onbekende mensen dan angstig gehechte leeftijdsgenootjes. Er is een duidelijk en betekenisvol verband tussen de veiligheid van de hechtingsrelatie en de bereidheid van het kind om met een uitnodigende onbekende een positieve band aan te gaan.

## 1.3 Ontstaan en groei van gehechtheid bij het adoptiekind

Bij aankomst in Nederland heeft een adoptiekind een verlies/ scheiding achter de rug. Het kind heeft alles wat vertrouwd is achtergelaten zoals geluiden, geur, smaak, gezichten. Het heeft personen achtergelaten aan wie het gehecht of gewend was. Dan komt het kind in Nederland, bij nieuwe ouders met andere gewoonten, andere eet-, leef-, slaap-, spraak- en opvoedingsgewoonten. In deze fase heeft het kind behoefte aan steun of troost. Omdat het kind de ouders nog niet kent zal het niet gelijk steun en troost bij hen zoeken. Het hechtingsproces is niet makkelijk, zoals ook al eerder naar voren is gekomen. Het

hechtingsproces kan gepaard gaan met extreme angstreactions en langdurig uitproberen van de ouders.

#### 1.4 Geen-bodem-syndroom

Geertje van Egmond heeft in haar boek "Bodemloos bestaan" geschreven over hechtingsproblematiek bij adoptiekinderen. Zij spreekt hier over het geen-bodem-syndroom. Zij heeft een aantal kenmerken beschreven van het geen-bodem-syndroom. Ik ben al een aantal keer deze kenmerken tegengekomen in andere brochures en op internetsites. O.a. van oudervereniging "De Knoop" en op de internetsite "Wat nu", oudercontactgroep voor ouders van hechtingsgestoorde, bodemloze kinderen.

Ik zal de tien kenmerken zoals Geertje van Egmond die beschrijft hieronder opnoemen:

1. Er is geen bodem in het bestaan (geen affectieve banden in de allereerste levensfase).
2. Er is geen lijn in het leven, daardoor weinig gevoel voor tijd en ruimte, de wereld blijft ongestructureerd. Er ontstaan hierdoor vaak specifieke leerproblemen: geen of weinig getalbegrip, niet kunnen abstraheren, slecht woordbeeld, leerstof beklijft niet.
3. De gewetensontwikkeling is niet op gang gekomen.
4. Er is geen ik, daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en / of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan.
5. Er is een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten. Hierdoor is de problematiek van het gezin voor anderen slecht invoelbaar. Die anderen, inclusief hulpverleners, 'zien' niets of weinig.
6. Het kind vertoont survivors - gedrag. Schijnaanpassing. Het probeert zich staande te houden door de wereld om zich heen voortdurend onder controle te houden. Het is geniaal in het observeren, taxeren en manipuleren van de mensen om zich heen. Het besteedt hieraan 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 een gevoel van anders- zijn, tekortschieten en eenzaamheid.
8. Het vroegste ervaren - misschien reeds 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 (auto - mutilatie), maar vaak ook tegen anderen (moeder). Andere bekende uitingen van agressie zijn fysiek geweld, uitingen van wreedheid jegens dieren, (dwangmatig) vreten, stelen, vernielen, 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, het heeft nauwelijks 'remmen' en 'drempels'.
10. Uitingen van het geen - bodem - syndroom zijn niet of nauwelijks gebonden aan bepaalde landen van herkomst, leeftijd, huidskleur, culturele achtergrond, enz.

#### *Sterke punten van kinderen met het geen-bodem-syndroom.*

Als je het voorgaande leest kan je denken dat kinderen met het geen-bodem-syndroom (hechtingsproblematiek) alleen maar negatieve kanten hebben. Dit is niet zo. Net als iedereen (het zijn per slot van rekening ook gewoon mensen) hebben ze ook hun sterke punten.

- \* Breed sociaal leven. Kinderen met dit syndroom maken makkelijk contact met andere kinderen van hun leeftijd. Vaak zijn het oppervlakkige contacten, maar het gaat ze makkelijk af.

- \* Buitenshuis wordt er snel en gemakkelijk contact gemaakt met volwassenen. Ouders zullen dit niet altijd zo meemaken maar kinderen met het geen-bodem-syndroom kunnen charmant zijn tegenover volwassenen.
- \* Ze hebben veel mensenkennis. Zoals al eerder verteld zijn GBS-kinderen goed in het manipuleren en uitspelen van anderen. Dit komt o.a. omdat ze veel mensenkennis hebben.
- \* Nog een sterk punt van GBS-kinderen is dat ze over het algemeen dominant zijn en daardoor goed leiding kunnen geven.

Geen-bodem-syndroom is geen wetenschappelijke naam. Het wordt wel veel gebruikt door ouders en hulpverleners. Het is ingeburgerd. Het nadeel aan deze benaming is dat het een negatieve bijklank heeft. Veel ouders, maar ook hulpverleners ervaren dit zo omdat het hierdoor lijkt of het kind geen enkele basis heeft. Ik zal in de rest van het verslag dan ook gewoon kiezen voor hechtingsproblematiek/ hechtingsstoornis en niet voor het geen-bodem-syndroom.

### 1.5 Oorzaken van hechtingsproblematiek

Een kind kan door bepaalde omstandigheden een trauma oplopen, waardoor een hechtingsstoornis kan ontstaan. Met hechtingsstoornis bedoel ik een blijvend patroon van angstige en/ of vervormde hechtingsgedragingen die de mogelijkheden van een kind verstoort om relaties aan te gaan. In de jongere jaren van een kind zal dit de relatie met zijn/ haar ouders zijn.

Er zijn een aantal oorzaken voor verstoorde hechting. Ik zal een paar noemen die, naar mijn idee, van toepassing zijn op adoptiekinderen:

- \* Verlies: hiermee wordt bedoeld het verlies van een ouder, een levensbedreigende ziekte van een ouder of zelfmoord van een van de ouders. Zoals ik al eerder heb verteld is het belangrijk voor een adoptiekind om zo jong mogelijk geadopteerd te worden, omdat de eerste drie jaren van groot belang zijn voor een goede hechtingsband met de ouders. Als een kind zijn ouders verliest en nergens anders meer heen kan, is het goed mogelijk dat een kind voor adoptie afgestaan wordt. Ditzelfde geldt voor een ziekte. De ouders kunnen niet goed meer voor het kind zorgen en staan het ter adoptie af. Als dit op zeer vroege leeftijd gebeurt hoeft er niks aan de hand te zijn. Is het kind echter al ouder kan dit gevolgen hebben voor de relatie met de adoptie-ouders. Eerst verliest het kind zijn biologische ouders (verlies), maar ook zijn cultuur, omgeving, taal, vrienden e.d.
- \* Het niet beschikbaar zijn van de ouders: hierbij staan een aantal punten centraal:
  - Mishandelende en/ of verwaarlozende ouders
  - Emotioneel of fysiek niet beschikbare ouders
  - Uithuisplaatsing of andere regelmatige wisselingen van verzorgers
  - Het in de steek gelaten worden door de ouders (of verlies)

Waarom zijn deze punten van toepassing op adoptiekinderen? De kinderen die ter adoptie afgestaan worden, worden dat niet zomaar. Hierbij kun je denken aan sterfte van ouders, financiële tekortkoming of zoals boven staat, uithuisplaatsing. Dit kan zijn door mishandeling (punt 1).

Gepaard gaande met uithuisplaatsing, is het plaatsen in een tehuis. Een tehuis waar verschillende kinderen zitten. Weinig leiding, zodat er niet veel aandacht is, maar ook verschillende leiding. Het kind wordt in de steek gelaten door de ouders, ze zijn niet aanwezig en in een tehuis is niet de aandacht die een kind behoort te hebben in de eerste levensfase. Kortom, er is weinig structuur, en dat is iets wat adoptiekinderen met hechtingsproblematiek wel nodig hebben.

Uit de informatiefolder van stichting “De Knoop” heb ik de volgende mogelijke oorzaken gehaald voor hechtingsproblematiek:

- \* een problematische zwangerschap
- \* moeilijke geboorte, couveusetijd, langdurige ziekenhuisopname en/ of ernstige medische behandeling op zeer jonge leeftijd
- \* een tijdelijke afwezigheid van de ouder (ziekte, postnatale depressie, echtscheiding of overlijden van familielid in de directe omgeving)
- \* geen duidelijke oorzaak

Wat er duidelijk in de folder bijstaat dat deze oorzaken bedoeld zijn als handvat en kunnen niet worden gebruikt als blauwdruk. De punten zijn samengesteld door stichting “De Knoop” op basis van ervaringen van ouders.

## 1.6 Symptomen van hechtingsstoornissen

### *Babyleeftijd:*

- \* Veel huilen
- \* Onrust
- \* Niet geknuffeld willen worden
- \* Niet willen aankijken
- \* Niet aan moeders borst willen drinken
- \* Verstijven, als het kind opgepakt wordt

### *Peuterleeftijd:*

Je kunt praten van actieve peuters en passieve peuters. Actieve peuters zijn peuters die extravert zijn en passieve peuters zijn peuters die introvert zijn. Voor beide heb je verschillende symptomen waar je op kan letten.

#### Actieve peuter:

- \* Zich niets aantrekken van de ouders
- \* Gevoel- en emotioneel indruk
- \* Niet bereikbaar voor de ouders (of anderen)
- \* Chaotisch

#### Passieve peuter:

- \* Nooit aandacht vragen
- \* Niet huilen
- \* Laat zich verzorgen en met zich spelen zonder er zelf echt plezier aan te beleven

### *Basisschoolleeftijd:*

Er zijn verschillende “soorten” kinderen te onderscheiden in deze fase:

- \* *Het driftenkind.* Deze laat zich leiden door zijn eigen wensen en doet wat in hem/ haar opkomt.
- \* *Het aangepaste kind.* Past zich aan (zo lijkt het). Wil controle hebben over de omgeving en maakt met alles en iedereen contact.
- \* *Het kind met twee gezichten.* Dit kind is thuis onhandelbaar en buitenshuis aangepast. Dit kan ook andersom zijn.
- \* *Het agressieve kind.* Hij/ zij daagt uit, scheldt, schopt, slaat, pest, vernielt etc.
- \* *Teruggetrokken kind.* Laat het afweten, is erg in zichzelf gekeerd en zou het liefste dood willen.
- \* *Chaotisch kind.* Weet zich nergens raad mee.
- \* *Het kind dat zich richt op leren en presteren en zijn gevoelens van onveiligheid en ongeborgenheid onderdrukt.*

Uit een informatiebrochure van de Oudervereniging “Wat Nu?” heb ik de volgende eerste alarmsignalen van hechtingsproblematiek gehaald:

- \* Veel aandacht willen, maar ook aandacht afstoten
- \* Lijkt weinig plezier te hebben in spelen met dingen (onaandachtig, ongeconcentreerd, destructief)
- \* Agressieve gelaatsuitdrukking, als baby, maar ook op latere leeftijd (soms zeer kortstondig)
- \* Een jong kind zal ontlasting, urine, braken en ongeregeld eten gebruiken als “wapen” in de machtsstrijd tegen de ouders
- \* Sterke vernielzucht (vooral bij dingen waar ouders waarde aan hechten)
- \* Slordig
- \* Vindingrijk in pestgedrag, weet mensen tegen elkaar uit te spelen (manipulatie)
- \* Onmiddellijke behoeftebevrediging, ikke, nu, hebben en krijgen staat centraal; naar het gekregene wordt niet meer omgekeken (geen dank, geen respect)
- \* Vanaf de prépuberteit is er seksueel provocerend gedrag waarneembaar (vaak ook vroeg in de puberteit)
- \* Ontbreken van wederkerigheid in relaties, emotioneel afscheid nemen, geen heimwee

### 1.7 Gedrag bij emotioneel verwaarloosde kinderen

Adoptiekinderen die emotioneel verwaarloosd zijn in het land van herkomst kunnen bepaald gedrag laten zien, wat kenmerkend kan zijn voor kinderen met een hechtingsstoornis. In het volgende rijtje komen de verschillende soorten gedrag naar voren:

- \* *passief afwachtend, zonder initiatief.*  
Het kind neemt geen initiatief tot het maken van contact. De contacten die gelegd worden met het kind worden door het kind passief ondergaan. Toont geen emoties.
- \* *slecht of ontbrekend contact.*  
Kinderen kunnen makkelijk gaan huilen, verstijfd blijven als ze opgepakt worden, onrustig zijn. Dit zijn kenmerken die vooral bij kinderen voorkomen die in de babyperiode verwaarloosd zijn.
- \* *een overmatige idealisering van de adoptieouder.*  
Dit gedrag laat een adoptiekind vaak zien als een soort verzekering. Het heeft al ervaring met afscheid moeten nemen van mensen aan wie het gewend was. Om dit niet weer te laten gebeuren zal het kind de adoptieouder als een soort superouder gaan benaderen.
- \* *onzekerheid en onaangepastheid.*  
Het is belangrijk dat de ouders het meegaande gedrag van het kind onderkennen. Gebeurt dit niet dan behoudt het kind een overmatige controle over negatieve gevoelens en heeft het niet de kans zichzelf te worden.
- \* *onzekerheid en quasi-zelfstandigheid.*  
Het kind weet niet wat het moet met de zorg en aandacht die het krijgt. Het vertrouwt anderen niet genoeg om zich afhankelijk of kwetsbaar te tonen. Als een kind veel verantwoordelijkheid had in het land van herkomst is het moeilijk om weer een kind van iemand anders te worden.
- \* *oppervlakkige contacten.*  
Het kind maakt wel contact met anderen, maar dit contact zal oppervlakkig blijven.
- \* *wantrouwig zijn*  
Het kind zal iedereen in de gaten houden, het zal moeilijk mensen vertrouwen (eerder wantrouwen).
- \* *van de domme houden.*  
Onzekerheid. Het kind is bang dat de adoptie-ouders niet alles vertellen en zal zich daardoor van de domme houden om zo meer informatie in te winnen.

- \* *vriendjes kiezen die als slecht worden beschouwd.*  
Door dit te doen proberen ze de adoptieouders te kwetsen, en loyaal te zijn aan de biologische ouders, die in hun ogen ook slecht zijn.
- \* *niet van fouten leren.*  
Als een fout/ misstap wordt begaan, lijkt het wel of dit in het geheugen blijft. Ze kunnen dezelfde fout zo weer maken.
- \* *geen schuldgevoelens.*  
Een kind met hechtingsangst beschuldigt altijd anderen en zal zijn eigen aandeel "vergeten".
- \* *geen inzicht in goed en kwaad.*  
Liegen, stelen, vandalisme, manipulatie etc.
- \* *kiest voor geweld, verwondt zichzelf, verdedigt misdadigers. Het lijkt wel of ze een buitenbeentje willen zijn.*

## 1.8 Conclusies en aanbevelingen

Aan de hand van bovenstaande zal ik een aantal conclusies trekken en daaraan aanbevelingen doen voor ouders met adoptiekinderen met hechtingsproblematiek.

- \* Zorg voor structuur. Een kind heeft behoefte aan structuur. Een kind is snel afgeleid.
- \* Dreig nooit met straffen die je niet uitdeelt. Als je kind iets doet wat absoluut niet door de beugel kan en je wilt hem daarvoor straffen doe dat dan met een straf die je wel uit kan delen en ook uitdeelt. Dreig je met een straf en je deelt hem niet uit, zal dit ten koste gaan van je geloofwaardigheid. Het kind zal denken dat je hem toch niet straft en zal in de toekomst gewoon doorgaan met datgene waar jij niet van gediend bent. Dit is voor het kind en niet voor de ouder(s) geen oplossing.
- \* Als je straft, straf dan gelijk en niet later zoals 's avonds wanneer je partner thuiskomt en met hem een straf wil "bedenken". Zoals in de tekst al is gebleken beklijven veel dingen niet bij kinderen met hechtingsproblematiek. Het kind zal 's avonds al vergeten zijn waar het voor gestraft wordt en zal in opstand komen. Het is misschien een idee om van tevoren afspraken te maken over straffen waar de ouders beide achterstaan. Je moet consequent blijven in het straffen van het kind. Moeder moet niet een straf opleggen die vader later weer tenietdoet (kinderen met hechtingsproblematiek zijn immers meesters in manipulatie). Consequentie betekent veiligheid. Het kind weet waar het aan toe is. Denk aan het eerste punt, structuur bieden (duidelijkheid).
- \* Probeer nooit te slaan. Is er het gevoel dat je je kind een tik wil geven, zorg dan of dat je zelf weggaat of dat je kind weggaat. Het heeft geen zin om te slaan. Hiermee vergroot je het vertrouwen van het kind in jou niet, maar zal het kind eerder van je weggaan dan dichterbij komen (en dat is iets waar ze al veel moeite mee hebben)
- \* Leg uit aan je kind wat er aan de hand is met hem/ haar. Maak hierbij wel duidelijk dat het geen vrijbrief is om te doen en laten wat het wil. Je moet het kind niet het idee geven dat het gedrag wat hij/ zij vertoont, gedrag is waar het kind niks aan kan doen, maar dat het wel aan iets te wijten is waar het kind geen schuld aan heeft.
- \* Succeservaringen zijn goed voor een kind met hechtingsproblematiek. Laat merken dat een kind iets goed doet. Kijk niet alleen naar de slechte dingen, maar beloon het kind ook. Dit zal het zelfvertrouwen van het kind vergroten, maar ook het vertrouwen in de ouder(s).

## Hoofdstuk 2. De hulpverlening

### Inleiding

In mijn zoektocht naar de hulpverlening die er bestaat voor adoptiekinderen met hechtingsproblematiek ben ik erachter gekomen dat er niet veel te vinden is op dit gebied. Vandaar dat dit een kort hoofdstuk zal zijn. Er is niet een echte vastomlijnde soort hulpverlening te vinden. Het zijn meer losstaande theorieën die ik heb beschreven. In het volgende deel echter heb ik met behulp van de systeembenadering van dr. A. de Lange geprobeerd zelf een methodiek/ hulpverlening op te zetten.

### 2.1 Hulpverlening

Tijdens een landelijke bijeenkomst over hechtingsstoornissen op 11 mei 2000 was er vanuit de zaal een vraag aan de forumleden die daar aanwezig waren. De vraag luidde als volgt: "Wat is de bekendheid onder de hulpverlening met het geen-bodem-syndroom?" Het antwoord hierop werd gegeven door mevrouw Kobussen, orthopedagoge Werkverband Adoptie Nazorg (WAN, Utrecht).

*Mevrouw Kobussen: "Er is nog te weinig bekendheid met hechtingsstoornissen bij de hulpverlenende instanties, er moet nog hard aan deskundigheidbevordering bij de hulpverlening gewerkt worden. Maar er zijn zeker hulpverleners die wel deskundigheid op dit gebied bezitten. Ik hoop dat er steeds meer hulpverleners komen die adequate hulp kunnen bieden. Er zijn "aandachtsfunctionarissen adoptie", bij behoorlijk wat RIAGG' s, die deskundigheid in huis hebben op het gebied van hechtingsproblematiek en waar ouders tevreden over zijn. Verder zijn er adoptieteams bij de TGV' s Zuid-Holland en Brabant en ook vanuit de pleegzorg bekend zijn met hechtingsproblematiek en kennen wij een aantal particuliere hulpverleners die ervaring hebben met deze problematiek."*

Zoals u heeft kunnen lezen in de inleiding van deze scriptie heb ik gebruik gemaakt van forums, nieuwsgroepen e.d. Door het gebruik hiervan heb ik, via e-mail, o.a. contact gehad met mevrouw I. Mispelblom Beyer. Zij is in de eerste plaats moeder van vijf adoptiekinderen, waarvan drie met een verstandelijke beperking (broers en zussen van elkaar) in combinatie met een hechtingsproblematiek.

Mevrouw Mispelblom Beyer heeft een boek geschreven over haar oudste kinderen. Het boek heeft de titel "Gewoon, omdat ik van jullie houd". Zij beschrijft in dit boek hoe zij de kinderen, maar ook de hulpverlening heeft ervaren.

Ik zal vermelden wat er op de achterzijde van het boek vermeld staat, zodat het duidelijker wordt waar het boek over gaat.

*"Dan blijkt na verloop van tijd dat drie kinderen verstandelijk gehandicapt zijn. Wat gebeurt er dan in zo'n gezin? Hoe reageren de ouders hierop en de andere kinderen? Hoe ga je verder met je gevoelens van vertwijfeling en eenzaamheid wanneer je als ouder terechtkomt in een wereld van onbegrip en bureaucratie?"*

*Dit boek is bedoeld om adoptie-ouders en pleegouders (begeleiders en hulpverlening) herkenning en meer inzicht te geven in de betekenis van een verstandelijke beperking in situaties die misschien minder uitzonderlijk zijn dan in dit boek. Daarmee wordt een herkenningsmogelijkheid geboden zowel aan degenen die nog aan het oriënteren zijn op de mogelijkheid tot adopteren als aan degenen die nu met vergelijkbare problemen worden geconfronteerd."*

Aan Ingrid Mispelblom Beyer heb ik gevraagd of zij op de hoogte is van de hoeveelheid hulpverlening op het gebied van adoptiekinderen met hechtingsproblematiek. Dit is wat zij mij heeft geantwoord:

*“Daar kan ik heel kort in zijn: niet veel.*

*Er zijn diverse onderzoeken gedaan door o.a. Femmie Juffer en Lizette Rosenboom (daar zijn boeken over). Ook, zoals genoemd, Dirk Broos e.a. schreef een boek: houd me niet vast... De meeste onderzoeken zijn gericht geweest op jonge kinderen. Maar jonge kinderen worden grote kinderen en dan verandert het e.e.a. Een aantal titels van boeken zijn: Adoptie, ouderschap of hulpverlening (Coby Grasvelt), Bodemloos bestaan (Geertje van Egmond), Adoptie, een levenslang dilemma (R. Hoksbergen/ H. Walenkamp).*

*Verbonden door adoptie. Een experimenteel onderzoek naar hechting en competentie in gezinnen met een adoptiebaby (F. Juffer)*

*De adviezen die ouders krijgen om hun kind goed te begeleiden variëren sterk. Naarmate de jaren verstrijken komt men ook terug op eerdere gedachtes hoe deze kinderen te begeleiden. Ouders die al oudere kinderen hebben (boven de 20) vinden samen de wielen uit. Ouders die inmiddels volwassen kinderen hebben, zoeken op dit moment steun en vragen advies bij elkaar. Het oudernetwerk “Overschatten” heeft dit t.a.v. haar doelgroep al onder de aandacht gebracht bij de diverse instanties.*

*De ervaring van ouders is dat de Riagg's sterk variëren in kwaliteit. Ook de wachttijden voordat men aan de beurt komt voor een afspraak, duren soms te lang. De langste wachttijd tot nu toe gehoord was 2 jaar. Dat is niet acceptabel, wanneer er bijna sprake is van een crisissituatie of anders.*

*Ouders melden zich meestal eerst bij een Riagg (ook door verwijzing van arts e.d.). Soms blijkt dat de kinderen al op scholen voor speciaal onderwijs zitten (MLK/ ZMLK). Dan kunnen de ouders beter verwezen worden naar de SPD-en (deze hebben minder lange wachttijden). De verwijzing van een Riagg naar een SPD verloopt niet altijd zoals het zou moeten zijn. Dat betekent dat ouders soms te lang bij de 'verkeerde' hulpverlener zitten.*

*(‘in onze tijd’ duurde het 8 jaar!, nu speelt dat nog, maar dan met wat minder jaren). Wanneer een kind een verstandelijke beperking heeft, en daar is vaak wel al sprake van als ze op een MLK of ZMLK zitten, dan heeft de SPD meer te bieden qua zorg, weekendopvang, logeerhuizen, vakantieopvang en thuishulp etc..*

*T.a.v. de SPD-en (SPD-en richten zich op de doelgroep de mens met een verstandelijke beperking en hun ouders) geven ouders voorlichting aan hen. Dit zetten we nu verder in gang d.m.v. themadagen e.d.. door ouders in gang gezet, door vol te houden en dit onder de aandacht te blijven brengen en houden. Dit geldt eveneens voor de andere netwerken:*

*Oudernetwerk, SPD netwerk, Hulpverleningsnetwerk en Kennisnetwerk: allen t.b. van de mens met een verst.bep.. Het unieke is dat zij samen werken en uitwisselen. Maar alles zit nog in een zeer prematuur stadium van inventariseren etc. ([www.imb-pab.nl](http://www.imb-pab.nl) legt wat meer uit, dat is mijn site)*

*TGV's konden er aardig mee uit de voeten, toen zij proef draaiden gedurende 2 jaar. Slechts een enkele is hier nog mee door gegaan. Dit heeft met geld te maken.*

*Deze info krijg ik van ouders zelf via de werkgroepen waar ik in zat /zit.*

*Er zijn helaas dus slechts enkele (particuliere-) therapeuten die echt zakenkundig zijn. Die bereiken ook goede resultaten. Hechtingsproblematiek wil nl. niet zeggen dat het hopeloos is. De situatie eromheen is een beetje hopeloos. Ouders maken vaak gebruik van elkaars deskundigheid. Er is een verschil tussen hulpverlening voor normaal niveau kinderen en*

*hulpverlening voor kinderen met een verstandelijke beperking. T.a.v. de laatste zijn we nu zelf bezig om dit in gang te krijgen/ zetten.*

*T.a.v. normaal niveau kinderen is meer bekend, echter er zijn maar een beperkt aantal therapeuten die echt zakenkundig zijn. Vaak zijn deze therapeuten particuliere therapeuten en vallen onder de zgn 2e lijns hulp. Dat betekent vaak dat hun kosten niet vergoed worden door de verzekering/ziekenfondsen. Een Riagg is gratis, maar hebben te kampen met grote wachtlijsten. Riaggs hebben aandachtsfunctionarissen t.b.v. adoptiehulpverlening, maar ook dit is aan het veranderen.*

*Kortom: echt goede hulpverlening moet je helaas nog met een kaarsje zoeken.”*

*(Inmiddels worden er sinds 1 januari 2000 officieel wel zaken in gang gezet d.m.v. netwerken (bijvoorbeeld ouders met verstandelijk gehandicapten). Dit is als basis een initiatief van de ouders samen met beroepsdeskundigen ! )*

Er zijn wel een aantal instellingen die bekend zijn met hechtingsproblematiek. Ik heb contact gehad met een aantal instellingen. Wat ik van hen heb gehoord zal in het komende stuk naar voren komen. Verder heb ik in dit deel een oudervereniging opgenomen. Dit is oudervereniging "De Knoop". De reden dat ik deze vereniging heb opgenomen bij dit hoofdstuk over de bestaande hulpverlening, zal blijken uit het stuk dat ik geschreven heb. De verschillende soorten hulpverlening die ik heb beschreven zijn op zich staande theorieën en methodes. In het geheel heb ik geen duidelijk omliggende soort hulpverlening kunnen vinden voor adoptiekinderen met hechtingsproblematiek. Vandaar ook het hoofdstuk hierna, waar ik probeer mijn eigen theorie te ontwikkelen.

## 2.2 Aromatherapie

Aromatherapie is een therapie waarbij gebruik wordt gemaakt van etherische (essentiële) oliën. Het is een zogenaamde holistische therapie. Dit betekent dat er bij de behandeling zowel naar lichaam als geest wordt gekeken. Etherische olie is het vocht wat de geur van een bloem verspreid. Deze olie wordt uit verschillende planten en/ of bomen gehaald. Een bekend voorbeeld van een etherische olie is het sap uit de schil van een mandarijn. Het is een dure olie (je kan wel nagaan hoeveel sap er nodig is om een flesje vol te krijgen).

De meest bekende methode bij de toepassing van aromatherapie is massage. Het effect van een goede massage is geweldig omdat de oliën niet alleen door het reukzintuig maar ook door de huid wordt opgenomen. Andere toepassingen van aromatherapie zijn: Kompressen (bij zwellingen, verstuikingen e.d.), baden (slapeloosheid), stoom inhaleren (luchtweginfecties) en verdamping.

Waarom is dit geschikt voor adoptiekinderen?

- \* De massage bevordert de algemene ontwikkeling van een kind, maar ook de lichaamsbewustzijn. Het draagt bij aan het ontdekken van grenzen en aan het ontwikkelen van het gevoelsbewustzijn.
- \* Het contact tijdens de massage tussen ouders en kind versterkt de band en de hechting.
- \* De basis voor de behandeling bij adoptiekinderen zijn speciaal samengestelde mixen van etherische oliën.

Het is belangrijk dat bij een adoptiekind de ouders (of één van de ouders) de massage uitvoert bij het kind, omdat het de bedoeling is dat het kind zich hecht aan de ouders en niet aan de therapeut. Het masseren heeft niet alleen effect op de hechting tussen ouders en kind, maar ook heeft het een goede uitwerking op het slaap-, eet- en huilgedrag. Babymassage verbetert de spijsvertering, de baby slaapt regelmatig en krijgt een groter besef van geborgenheid.

## 2.3 Holding therapie

De doelgroep van holding therapie zijn kinderen waarvan verondersteld mag worden dat in de relatievorming tussen vader/ moeder en kind vanaf de vroege jeugd iets is misgegaan. De naam zegt het eigenlijk al. Holding therapie is een therapievorm waarbij de ouder het kind vasthoudt en op deze manier lichamelijk contact heeft en een emotionele band biedt.

De behandeling is er op gericht deze binding tot stand te brengen, door het kind stevig vast te houden, tot oogcontact te brengen en de gespannenheid van het kind te doorbreken tot het aangeeft dat het contact nodig heeft en daaruit genoeg put. De holding therapie is erg intensief.

## 2.4 Videohometraining

Voor informatie over videohometraining heb ik gekeken op de site van Maatschappelijk Werk Fryslân. Het stuk over videohometraining is gebaseerd op hun werkwijze.

Bij contactproblemen van het kind kan door videoanalyse samen met de ouders worden gekeken naar de initiatieven die het kind neemt. De werker (hometrainer) kijkt samen met de ouders hoe het gaat met het kind en zal aanwijzingen geven hoe de ouders het kind kunnen ondersteunen in zijn ontwikkeling.

Videohometraining wordt ook gebruikt bij adoptie- en pleegkinderen. Dit verloopt wel anders dan bij “eigen” ouders. Voor adoptieouders en voor de pleeg- en adoptiekinderen is het vaak zoeken om een goede vorm te vinden voor een affectieve relatie. Als dit niet makkelijk gaat komt “leercontact” centraal te staan. Soms kom je als adoptieouder in een spiraal van verbieden terecht. Door middel van videohometraining leren de ouders op een prettige manier met de kinderen om te gaan en (weer) plezierig contact te leggen. Ouders leren, door Video Home Training, de bouwstenen van een goed contact

Voordat de ouders beslissen of ze willen werken met videohometraining, komt de hulpverlener langs die een intake doet. Er wordt aan de hand van een introductiefilmpje duidelijk gemaakt wat videohometraining inhoudt. De hulpverlener die de intake doet zal ook de hometrainer zijn.

De kern van de hulp is het analyseren van de video-opnames. Het mooie hieraan is dat elk moment bekeken kan worden, eventueel teruggespoeld en weer bekeken worden. Bij de analyse worden de volgende elementen onderscheiden:

- \* Welk initiatief neemt het kind?
- \* Ontvangt de ouder het?
- \* Wordt de ontvangst bevestigd?
- \* Is de uitwisseling een geslaagde interactie? (“ja-reeks”)

Er zijn ook situaties waarin videohometraining geen effect heeft. Dat is wanneer een kind onder de twaalf uit huis is en wanneer probleemgerichte hulpverlening actief blijft. Als een kind uit huis geplaatst is, heeft videohometraining minder effect (ze zijn niet in hun “eigen” omgeving). Videohometraining is niet probleemgericht. Het is gericht op het vermeerderen van geslaagde contacten. Samenwerking met bijv. de gezinszorg is mogelijk, wanneer deze werkt volgens de hometrainingsprincipes en meedoet met de videoanalyse.

Videohometraining is in principe kortdurend. Doordat men gebruik maakt van video kan informatie snel worden overgebracht. De kans op misverstanden is heel klein omdat de hometrainer en de ouders beide naar dezelfde video-opnamen kijken. Vooruitgang is vast te stellen aan de hand van het aantal geslaagde interacties (de “ja-reeksen” worden langer). Vaak na een aantal keren terugkijken van video-opnamen geven de ouders aan het zelf verder te kunnen. Meestal duurt videohometraining enkele maanden tot soms ruim een half jaar. Gemiddeld komt de hometrainer één maal per week, waarbij in de ene week opnames worden gemaakt die in de week daarop worden bekeken en geanalyseerd.

Bij de afsluiting wordt door de ouders en hometrainer afgesproken dat de ouders contact opnemen als er onverhoopt een terugval mocht zijn. Verder zijn er vervolgcontacten (nazorg). Het eerste contact na een half jaar en daarna contacten na een jaar, twee jaar en vijf jaar. Bij minder dan 10% is er een terugval.

## 2.5 Video Interactie Begeleiding - VIB (Bureau VIA, Utrecht)

Stichting Bureau Voorlichting Interlandelijke Adoptie, kortweg Bureau VIA, geeft voorlichting aan mensen die een buitenlands kind willen adopteren. Bureau VIA is op het gebied van adoptie van buitenlandse kinderen het enige voorlichtingsbureau in Nederland. Het werkt in opdracht van het Ministerie van Justitie en is onafhankelijk van andere adoptieorganisaties en van de Raad voor de Kinderbescherming. Voor gezinsonderzoek en bemiddeling kan je bij Bureau VIA niet terecht, wel voor informatie hierover.

Bureau VIA heeft mij een folder opgestuurd met daarin uitgelegd hoe Video Interactie Begeleiding (VIB) werkt. Met VIB wordt ondersteuning gegeven aan adoptiegezinnen om de ingroei en hechting direct na plaatsing van het adoptiekind te bevorderen.

### *Waarom maakt men gebruik van video*

Video legt alle gedrag van kinderen vast, ook het gedrag wat een ouder misschien niet zo snel opmerkt. De beelden worden gebruikt om het kind beter te leren begrijpen en reacties van beide kanten op elkaar af te laten stemmen. Hierdoor kan het proces van aan elkaar gehecht raken sneller en positiever verlopen. Verder kunnen de opnamen mogelijke ontwikkelingsachterstanden of ontwikkelingsstoornissen zichtbaar maken.

### *Wat is het doel van VIB*

Het doel is om adoptiegezinnen ondersteuning te bieden bij de ingroei van adoptiekinderen in het gezin. Op deze manier hoopt men dat de hechting tussen de ouder(s) en het kind snel en voorspoedig verloopt. Ontwikkelingsstoornissen kunnen zo opgespoord worden en samen met de ouders, kan de Video Interactie Begeleider (als de ouders dat willen) gepaste hulpverlening zoeken.

### *Doelgroep*

Alle adoptiegezinnen kunnen voor of binnen een jaar na aankomst van een adoptiekind/ -kinderen, VIB aanvragen.

### *Waarom VIB*

Er zijn verschillende redenen waarom adoptieouders VIB aanvragen. Dat zijn de volgende redenen:

- \* Ouders hebben vanwege de achtergrond van het kind behoefte aan ondersteuning.
- \* Het kind heeft moeite met de aanpassing in het gezin.
- \* Het kind vertoont gedrag waar de ouders zich zorgen over maken (Is dit gedrag normaal?, Is het het karakter van het kind?, Ligt de oorzaak in de achtergrond en de vroegere ervaringen in het land van herkomst?).
- \* Ouders zijn onzeker over hoe de hechting verloopt tussen hen en het kind.
- \* Ouders kunnen ook meerdere kinderen tegelijk krijgen en hebben behoefte aan ondersteuning.

### *Werkwijze*

De begeleiding die VIB biedt bestaat uit totaal vier keer filmen en vier keer nabespreken. Een opname duurt ongeveer 15 minuten. In overleg met de ouders wordt een activiteit gekozen (maaltijd, spelletje, verzorging van het kind). Bij voorkeur wordt de opname gemaakt in aanwezigheid van alle gezinsleden. Voordat de Video Interactie Begeleider de video bespreekt met de ouders, analyseert hij/ zij deze eerst, waarbij wordt gelet op de interactie tussen de ouders en het kind, zowel verbaal als non-verbaal, maar ook op het (emotioneel) ontwikkelingsniveau van het kind. Er wordt gekeken naar de sterke kanten van de ouders en het kind en hoe de ouders de positieve interacties (als die er zijn) kunnen uitbreiden. Verder kunnen opvoedingsvragen worden besproken. Na de begeleiding krijgen de ouders een band met de video-opnamen.

### *Door wie wordt VIB gegeven*

VIB wordt gegeven door medewerkers van Bureau VIA die zich, naast het geven van voorlichting over interlandelijke adoptie, gespecialiseerd hebben in het begeleiden van adoptiegezinnen. Alle Video Interactie Begeleiders hebben een pedagogische opleiding afgerond en/ of- werkervaring met deze doelgroep.

## **2.6 Theorie van “De Knoop”**

Er is niet alleen hulp voor kinderen met een hechtingsstoornis maar ook voor de ouders van deze kinderen. Eén van de organisaties die zich bezighoudt met de ouders, is de Algemene Oudervereniging “De Knoop”. Voorop hun informatiebrochure staat ook “vereniging voor ouders van kinderen met hechtingstoornissen/ het geen-bodem-syndroom.”

Wat maakt het dat ik deze vereniging heb opgenomen binnen dit hoofdstuk. Het gaat immers over hulpverlening bij adoptiekinderen met hechtingsproblematiek. Deze vereniging is bedoeld voor ouders. Ik denk dat ouders met kinderen met hechtingsproblematiek veel van elkaar kunnen leren, van elkaars verhalen, ervaringen met de kinderen, maar ook van de ervaringen met de hulpverlening. In principe kun je een vereniging zoals deze zien als een verlengstuk van de “gevestigde” hulpverlening.

Het doel van de vereniging wordt als volgt omschreven:

- \* Ouders ondersteunen door middel van informatie, onderling contact en themabijeenkomsten
- \* bekendheid geven bij de hulpverlening, de media en de politiek over de problemen in de omgang met en opvoeding van deze kinderen
- \* erkenning krijgen voor het geen-bodem-syndroom bij specialisten en wetenschap

De interne doelstelling van “De Knoop” luidt als volgt:

*“Intern fungeert de vereniging als praathuis, een veilige plek, waar je lotgenoten kunt ontmoeten en waar je je verhaal kwijt kunt. Het is vaak de enige plek waar je alles kunt en durft te zeggen, omdat je weet dat anderen hetzelfde meemaken als jij en niet geschokt zullen reageren als je met vergaande uitspraken komt. Je kunt binnen de vereniging ervaringen t.a.v. de hulpverlening uitwisselen, elkaar wijzen op goede hulpverleners en eventueel residentiele instellingen. Je kunt onderling opvoedingstips en –trucs uitwisselen, want wanneer die komen van lotgenoten, sta je daar meer voor open dan bij buitenstaanders die ‘er toch niets van snappen en makkelijk praten hebben.’”*

De externe doelstelling van “De Knoop” luidt als volgt:

*“Wat wij nodig hebben is aandacht voor de problematiek, ook bij de verschillende politieke partijen. Want er is geld nodig voor onderzoek. De daaruit voortvloeiende publicaties en vervolgens voor het ontwikkelen van gerichte begeleiding en therapie. Bekendheid geven aan de problemen in de omgang met en opvoeding van deze kinderen. Aandacht vragen bij wetenschap, deskundigen, hulpverleners en de media (erkenning geen-bodem-syndroom). Aan zeggingskracht winnen, door prominente deskundigen in onze gelederen te krijgen, bijvoorbeeld als adviseurs.”*

Binnen “De Knoop” is er een specialisten-/ behandelgroep. Deze groep heeft de volgende opzet: Knoop-medewerkers verwijzen desgewenst in eerste instantie de ouders (zij moeten wel lid zijn) door naar één van de specialisten; er wordt zo nodig overleg gepleegd met/ tussen de andere specialisten. Er wordt teruggekoppeld naar de Knoopmedewerkers, zodat belangrijke gegevens in het belang van de ouders en de vereniging gebruikt kunnen worden (deze gegevens vallen onder de gebruikelijke beroepscode; er wordt hooguit mee naar buiten getreden).

Binnen elk team wordt onderscheid gemaakt tussen behandelaars voor kinderen tot ongeveer 10 jaar en jongeren boven die leeftijd. Dit onderscheid hangt samen met beperkingen/ mogelijkheden van de verschillende methodes.

## Hoofdstuk 3. Casus

### Inleiding

Zoals uit mijn voorwoord te lezen was, heb ik voor de informatie die ik dacht nodig te hebben voor deze scriptie, o.a. gebruik gemaakt van het internet en dan met name forums en nieuwsgroepen die een verband hebben met dit onderwerp. Er is een gezin geweest dat contact met mij heeft gezocht via e-mail. Zij hebben mij hun verhaal verteld en toestemming gegeven om dit te gebruiken als praktijkvoorbeeld. De namen zijn niet vermeld, alleen de eerste letter van de naam.

### Casus

*“Ik zal proberen een zo duidelijk mogelijk beeld te schetsen van wat wij in de praktijk ervaren en onze zoektocht door hulpverleningsland zoals we die tot nu ervaren hebben.*

*Om maar bij het begin te beginnen. Onze dochter is afkomstig uit Colombia, we hebben haar mogen ontmoeten toen ze 1 jaar en 4 maanden uit was. Ze verbleef toen in een kindertehuis in Medellin waar ze eigenlijk als baby van 3 maanden terecht is gekomen. Ze is zoals dat heet verlaten verklaard. Dat wil zeggen dat haar moeder dus nooit een afstandsverklaring heeft getekend maar dat de rechter in het belang van V. heeft bevolen dat opname in het kindertehuis van belang is. Haar moeder heeft ook na haar geboorte nooit meer iets van zich laten horen. In Colombia is het dan gebruikelijk dat ze eerst 3 maanden proberen de moeder zelf nog op te sporen, of familie. Als dat niet lukt dan komt de verlatenverklaring in beeld en wordt het kind in een kindertehuis geplaatst in afwachting van adoptie. Zo ook V.*

*We hadden ons ingesteld op een zeer timide kind daar de medische gegevens die we van haar kregen niet best waren: ze zou en doof en blind zijn. Dit is ons gelijk bij het voorstel gezegd zodat we zelf konden beslissen of dit niet boven onze draagkracht ging. We dachten van niet want in Nijmegen is voldoende informatie te halen en zijn er volop mogelijkheden voor doof/ blinden. Dus wij op weg naar Colombia. V. was bij de eerste kennismaking inderdaad zeer star, keek ons niet aan, bewoog nauwelijks. Maar gaandeweg in de eerste week liet ze zien wie ze was: een kind dat graag wilde bewegen en wel degelijk goed hoorde en ook goed kon reageren. Haar zien is inderdaad wel iets slechter: een oogje ziet maar 12%, waarschijnlijk door een oogzenuw die niet optimaal is aangelegd. Maar goed, er bleek een ondernemend meisje onder te zitten wat graag wilde lopen aan een vinger. Los lopen kon ze toen nog niet.*

*In het eerste jaar thuis zo op het eerste oog weinig problemen. Een kind dat zich goed aanpaste, goed luisterde en ons het idee gaf dat ze wel op haar plekje was. Wat wel heel opvallend was en dat vind ik eigenlijk het eerste signaal dat het dus niet goed ging was dat als ik de kamer uitging ze ook bleef zitten op de plek waar ik was. Hoe lang ik dan ook weg was, dat maakte niet uit. Ik vond haar precies zo terug als ik haar achter had gelaten. Eigenlijk verwacht je juist van een peuter dat die op de vensterbank klimt, van alles van tafel haalt, juist een zoektocht begint. Zeker als je pas los loopt. Maar dat deed zij dus niet. Ik kon rustig bv. boven op zolder de was ophangen: er gebeurde beneden niets.*

*We hebben de hulpverlening ingeschakeld (RIAGG) toen we zagen dat ze overdreven beschermend reageerde op haar speelgoed als andere kinderen erbij waren. Toen was ze een jaar of vier/ vijf. Ze omsloot letterlijk het speelgoed met haar handen en haar hele lijf: ze ging er zelfs op liggen als dat nodig was. Ook accepteerde ze geen inbreuk op haar leventje met mij. Als mama thuis was mocht er niemand op bezoek komen. Want mama moest er voor haar zijn: heel duidelijk claimen. De eerste vraag die ze stelde als bv. toch opa en oma op bezoek kwamen: wanneer gaan jullie weer weg?*

*Ter verduidelijking: ik heb steeds gewerkt in die tijd. Toendertijd 2 dagen in de week, momenteel 3. Dus op het moment dat ik er was had ze - zo dacht ik toen althans- zoiets van: en nu is mama van mij. Ik herinner mij die tijd als een vreselijke tijd. Ik kon niet weg met haar*

naar gezinnen met andere kinderen want ze kon absoluut geen speelgoed delen. Bezoek ontvangen kon ik ook niet want die werden wel weggewerkt of het conflict met het andere kind werd wel zo groot dat ze vanzelf gingen.

Ik heb toen veel vrienden/ kennissen verloren die hier totaal niet mee om konden gaan. Ook allerlei opmerkingen zoals van: geef haar maar eens twee weken met mij mee, dan voed ik haar wel op dat moment vreselijk zeer.

Haar aanmelding bij de RIAGG leidde toen tot individuele speltherapie en ik moet zeggen dat ik daar zeer tevreden over ben geweest. Je zag vorderingen in het samenspelen met andere kinderen. Het ging op de basisschool iets beter. Ze werd meer aanspreekbaar. Voor ons betekende dat toch ook een stuk begeleiding in het omgaan met haar gedrag. Met name het schreeuwen, het dwangmatige wat ze in zich had om dat iets luchtiger te kunnen zien. En om toch bij mensen op bezoek te gaan ondanks haar.

Het vreemde in die tijd was ook dat ze heel snel taal oppikte. Ze kon nog voordat ze drie jaar was alle cijfers en letters lezen en sprak Nederlands op zo'n niveau dat ze zelfs voor kwam te liggen op andere Nederlandse kinderen van haar leeftijd. Een enorme wil/ drijfveer om zich duidelijk te kunnen maken denk ik nu/ om te kunnen communiceren.

Het feit dat ze zo snel taal oppikte en ook zo snel kon lezen heeft toch wel menigeen op een verkeerd spoor gezet. Velen -ook wij- hadden zoiets van: die gaat het maken. Die komt er wel. En in groep 3 kwam dat er ook wel uit. Ze ging met een schitterend rapport naar groep 4. In groep 4 kon je merken dat het allemaal al wat moeilijker ging met name het rekenen. Als je het boek van Geertje Egmond hebt gelezen, moet dit heel herkenbaar zijn. Omdat het zo in de leeftijd van 6/7 jaar toch steeds beter met haar ging qua sociaal gedrag besloten we de therapie die ze tot dan toe had gekregen af te ronden. Dit uiteraard in samenspraak met de RIAGG. Als laatste werd ze toch nog eens getest toen ze zeven jaar was en toen viel eigenlijk de diagnose: hechtingsstoornis. Daarvoor is deze term door de RIAGG nooit gebruikt en ook door ons niet. We hebben een afrondend gesprek gehad hierover en ook de verdere uitkomsten van het onderzoek werden besproken. In feite kwam er toen op dat moment uit: een kind met een hechtingsstoornis, wel normaal intelligent, loopt emotioneel/ sociaal wat achter bij leeftijdsgenootjes maar moet op zich de aansluiting kunnen maken. En dat was ook het uiteindelijk doel van de therapie geweest: zorgen dat ze handvaten kreeg om met andere kinderen om te kunnen gaan.

De grootste fout die we toen hebben gemaakt en ook door de RIAGG is gemaakt is dat we met z'n allen niet stil zijn blijven staan bij de vraag: wat nu? Hoe ga je het beste met haar om? Wat is haar perspectief? Wat kunnen wij als ouders bieden aan haar zodat de wereld voor haar een enigszins prettige wereld is/ wordt/ blijft. Waarom dat zo is gebeurd weet ik niet. Vermoedelijk doordat wij dachten: we redden het nu wel met haar, we kunnen verder. En dat was in principe ook zo. We konden verder met haar.

De jaren van 8 tot 10 waren op zich hele goede jaren. Ik herinner me vele fijne dingen uit die periode. Een heel fijn communiefeest, waar ze het nu nog over heeft. Familie en vrienden die gingen inzien dat het gedrag van V. toch niet zo maar te corrigeren veel. We kregen wat meer respect van anderen.

Na haar 10 e jaar ging het ineens zeer snel bergafwaarts met haar. We waren verhuisd van Beuningen naar Nijmegen. Nieuwe school dus, weer nieuwe vrienden maken. We hadden haar hier op de Montessorischool geplaatst zo met het idee: een andere manier van werken, andere manier van leren. Werken op haar eigen tempo. Misschien gaat het dan iets beter met het rekenen, want daar had ze inmiddels een achterstand opgelopen van ongeveer een half jaar. Het automatiseren van bv. de tafeltjes wilde maar niet lukken.

Maar dat pakte dus helemaal verkeerd uit. Ik heb me onvoldoende gerealiseerd dat Montessori-onderwijs ook betekent (zeker in de bovenbouw) dat ze de dag/ week grotendeels zelfstandig moeten invullen. En dat is dus iets wat V. absoluut niet kan. Die verantwoordelijkheid is gewoon veel te groot voor haar. Gedurende de twee jaar dat ze op de Montessorischool heeft gezeten is ze duidelijk overschat in haar kunnen. Er zijn eisen/ verantwoordelijkheden bij haar neergelegd die ze niet waar kon maken. Ik kreeg gaandeweg een kind thuis dat echt depressief aan het worden was, die geen zin meer had om te leven.

Ontzettend veel conflicten op school had zowel met andere kinderen als met leerkrachten. Weg liep van school. Kortom het was compleet foute boel. In juni 1999 toen was ze elf hebben we toen voor de tweede keer de RIAGG ingeschakeld omdat het voor V. geen leven meer was. Ze liep zo vast in zichzelf. Leven was niets meer en minder dan een te zware opgave. Ze was een hoopje ellende. Dat was ook zichtbaar in haar gedrag thuis: als je haar aansprak op haar gedrag of gewoon iets tegen haar zei vloog ze onder de tafel. Net als een kleine kleuter. Of naar haar kamer en dan zich helemaal verstoppen. Pure levensangst. Zich compleet verlaten voelen van Jan en Alleman. En niemand die haar kon helpen of steunen. Het intake-gesprek kwam vrij snel en er werd gekozen voor groepstherapie. Dwz met 5 a 6 kinderen samen leren omgaan met emoties, soc. vaardigheden leren etc. Ok: wij stemden daarmee in. De wachttijd zou erg lang blijken te zijn: een heel jaar. Pas in september 2000 kwam ze aan de beurt. (Wij dachten zo ongeveer een maand of drie!)

Kwaad ben ik hierom nog steeds: ik vind het fout dat je een kind wat dus echt niet meer wil leven, geen vreugde meer kent zo lang laat modderen. En notabene ook nog een kind wat al reeds bekend is bij hun. Ze hadden dus de ernst van de situatie volledig onderschat. We hebben herhaaldelijk gedurende dat jaar wachten aangegeven: jongens, het gaat fout hier. Zij en ook wij houden het niet meer lang vol. Door voortdurend toch aan de bel te trekken mocht ze wel in mei 2000 (toen pas!) in afwachting van de groepstherapie individuele therapie krijgen bij de therapeute die ze ook had van haar vijfde tot haar zevende. Dat hielp een klein beetje. De verandering van school in augustus 1999- van Montessori naar juist heel klassikaal onderwijs heeft de neerwaartse spiraal waar ze toen inzat iets kunnen onderbreken. Echter er kwamen toch steeds meer momenten dat je als gezin op je tenen liep. Ze gebruikte steeds meer verbaal geweld tegen ons als ouders: de scheldwoorden zoals trut of nog erger hoer waren niet van de lucht. Of uitspraken als: ik haat jullie. En niet alleen maar thuis. Ook in het openbaar ging dat gewoon door. Daar maakte ze geen enkel onderscheid tussen. Het lichamelijk geweld naar haar broertje toe werd ook steeds agressiever. Gelukkig is dat een jong (hij is 8 nu) die haar fysiek wel aankan maar toch. Je zag eigenlijk hetzelfde patroon terugkomen van toen ze vier/ vijf jaar was. Maar nu op het niveau van een elf- twaalf jarige. Voeg daarbij de lichamelijke verandering van meisje tot vrouw in dat jaar en de verwarring is compleet. De vakantie 2000 samen met m'n broer en m'n ouders hebben we nog redelijk uitgezongen door haar betrekkelijk veel ruimte te geven. De ene dag moest ze met ons mee. De andere dag mocht ze zelf bij de caravan blijven en haar gang gaan. Zo wisten we te overleven. Door steeds dit soort constructies te bedenken. Steeds een compromis tussen haar eigen wereld en de onze als gezin. In oktober 2000 ging het volledig mis. Nu is de periode oktober tot december altijd voor haar een moeilijke periode. Dat hebben we ieder jaar gezien. Na de herfstvakantie gaat het altijd bergafwaarts zo tot de kerstvakantie. Na de kerstvakantie bloeit ze meestal wel weer wat op. April en mei zijn weer beruchte maanden. Maar nu kwam ze in een zodanige depressie waar ze zonder medicijnen niet meer uit kwam. Ze had inmiddels ook weer een aantal deuken opgelopen: op school liep het niet goed- logisch als je niet slaapt en dus doodmoe bent. De groepstherapie waar we met z'n allen zo naar uitgekeken hadden bleek voor haar veel te zwaar. Na vier keer waarvan ze twee keer wegliep was duidelijk dat dat niet de hulp was die ze nodig heeft. Omdat ze niet meer sliep (max. 3 uur per nacht), niet meer kon eten en dat wekenlang niet hebben we echt moeten ingrijpen. Ze kreeg gelukkig medicijnen (nu nog) en die hebben positief gewerkt."

## 4. Hulpverlening volgens de systeembenadering

### Inleiding

Ik ben erachter gekomen dat er niet veel hulpverlening is voor adoptiekinderen met hechtingsproblematiek. Er is wel hulpverlening, maar dit is naar mijn idee te summier. Ik zal daarom proberen zelf een hulpverlening (theoretisch) op te zetten. Dit ga ik doen met behulp van de systeembenadering zoals die wordt beschreven in het boek van dhr. Alfred de Lange. In het volgende hoofdstuk zal ik de hulpverlening, zo ik die voor ogen heb, omschrijven op verschillende niveau's, micro-, meso- en macroniveau. Eerst zal ik iets vertellen over de systeembenadering (hierbij betrek ik ook de praktijksituatie op microniveau), daarna zal ik de psychoanalytische gezinstherapie beschrijven. Dit is de stroming waarvan ik denk dat die bij deze problematiek gebruikt kan worden. Waarom ik dit denk wordt duidelijk uit het verhaal.

### 4.1 Systeembenadering

In het volgende stuk zal ik eerst de basisbegrippen uit de systeembenadering beschrijven. Het gezin kan gezien worden als een hiërarchisch systeem, maar ook als communicatief systeem en als affectief systeem. Een gezin is niet een verzameling van in principe gelijkwaardige individuen. Sommige mensen dragen in het gezin meer verantwoordelijkheid dan een ander. Dit betekent niet dat de één alles bepaalt en de ander niks in te brengen heeft, maar het betekent wel dat ouders er niet voor terug moeten deinzen om invloed op hun kinderen uit te oefenen. Het is van belang dat er binnen het gezin een duidelijke structuur bestaat met duidelijke grenzen tussen de subsystemen. Dit is belangrijk omdat kinderen met hechtingsproblematiek behoefte hebben aan structuur. Structuur binnen het gezin biedt veiligheid. Binnen het communicatief systeem kijk je als werker hoe de gezinsleden met elkaar omgaan. De werker ziet en hoort hoe de gezinsleden met elkaar omgaan. Op deze manier kan hij/ zij kijken waar de contacten vastlopen en waarom de contacten vastlopen. Je kan kijken naar inhoud (wat wordt er gezegd) en betrekking (wat wordt er eigenlijk bedoeld), maar ook naar wat voor soort interacties er zijn. Je hebt symmetrische interacties (het gedrag van de één wordt gevolgd door hetzelfde gedrag van de ander), complementaire interacties (patroon van tegengestelde gedragingen die bij elkaar passen en in elkaar grijpen, de één onderwijst, de ander ontvangt onderricht) en parallelle interacties (uitwisseling van zowel symmetrisch als complementair gedrag).

Het gezin kan in veel opzichten worden opgevat als systeem. Zoals hierboven al wordt gezegd, als hiërarchisch systeem, communicatief en affectief systeem. Als maatschappelijk werker zal je niet alleen oog moeten hebben voor het hele gezin maar ook voor de individuele gezinsleden.

Binnen de systeembenadering kun je je als maatschappelijk werker richten op verschillende niveau's. Ik zal de verschillende niveau's die er zijn beschrijven. Het is van belang te weten dat het aanbrengen van veranderingen in een bepaald systeem doorwerkt in andere systemen, en daar mogelijk weerstand kan oproepen. Als werker moet je daarom met deze benadering rekening houden met de verschillende systemen en wat de invloed van de één en van de ander is. Je moet proberen de effecten van tevoren zo goed mogelijk te voorspellen.

#### *Het individuele gezinslid als niveau*

De maatschappelijk werker kan één van de leden van het gezin apart nemen voor één of meerdere gesprekken om te kijken wat er aan de hand is. In dit geval het adoptiekind. De werker kijkt wat er aan de hand is. Heeft het kind echt last van hechtingsproblemen? Het is belangrijk om dit goed te diagnosticeren. In het geval van het praktijkvoorbeeld voorgaande aan dit hoofdstuk zou ik als werker kiezen om te gaan werken met het meisje, omdat zij last heeft van hechtingsproblematiek, waar het hele gezin invloed van ondervindt.

### *Betrekking op de praktijksituatie*

Als werker ga je eerst kijken welke verschillende niveau's er zijn binnen dit gezin. Aangezien V. de aangemelde cliënte is kan je zeggen dat in ieder geval het niveau "individueel gezinslid" aanwezig is binnen dit gezin. Als werker zou ik V. in ieder geval individueel benaderen. Kijken wat er aan de hand is, waarom zij depressief is. Maar ook kijken naar het verleden. Waarom vind ik het verleden zo belangrijk? Ik denk dat je verleden net zo goed met je heden te maken heeft (socialisatie). V. is nu op een leeftijd waarop zij dingen gaat begrijpen. Ze is anders. Het kan goed mogelijk zijn dat de depressieve gevoelens hierdoor komen. Weet V. dat ze geadopteerd is en dat haar biologische moeder niks meer van zich heeft laten horen? Dit zijn factoren die voor haar en voor de problematiek belangrijk zijn. In hoofdstuk 1.5 heb ik beschreven dat de oorzaak van hechtingsstoornissen kan liggen in het niet bereikbaar zijn van de ouder(s). Vaak gaat dit gepaard met de opvang in een tehuis. Zo is dit ook met V. Kan het zijn dat dit nu nog doorwerkt?

In hoofdstuk 1.6 heb ik symptomen van hechtingsproblematiek genoemd. In het geval van V. zou je als werker na moeten gaan welke symptomen V. heeft vertoont en welke symptomen ze nog steeds vertoont. Aan de hand hiervan kun je je een beeld vormen van de fases die ze heeft doorlopen en kun je aan de hand daarvan een behandelplan opstellen. Duidelijk is dat de maanden tussen de herfst- en de kerstvakantie en de maanden april en mei mindere maanden zijn. Ik denk dat je als werker uit moet zoeken, waarom deze maanden.

Uit het verhaal kun je opmaken dat V. als baby een zeer timide kind zou zijn: *"We hadden ons ingesteld op een zeer timide kind daar de medische gegevens die we hadden niet zo best waren..."* Bij de eerste kennismaking komt dit ook naar voren: *"V. was bij de kennismaking inderdaad zeer star, keek ons niet aan, bewoog nauwelijks"*

Maar op de babyleeftijd komt ook duidelijk naar voren dat V. een baby is die veel beweegt, goed reageert en goed luistert. In het eerste jaar past ze zich goed aan, luistert goed en geeft het idee dat ze op haar plaats is. Het eerste symptoom echter wat ze vertoont, is dat ze blijft zitten waar ze zit als ze alleen in de kamer is. Je zou zeggen dat een kind op die leeftijd op onderzoek uitgaat (exploratie). Dit is in V. haar geval niet zo. Zoals in hoofdstuk 1.1 te lezen is, is exploratie een overlevingsfunctie. Exploratie vergroot de kansen om later zelfstandig te leven.

Je kan zeggen dat V. een kind is dat zich richt op leren en presteren en gevoelens van onveiligheid en ongeborgenheid onderdrukt. Voordat ze drie jaar oud was kon ze alle cijfers en letters lezen en sprak op een hoger niveau dan andere Nederlandse kinderen van haar leeftijd.

### *Dyadische systemen*

Het kleinste sociale (sub)systeem is dat van twee mensen. Hierbij kun je denken aan vader - kind, moeder - kind en vader – moeder.

### *Betrekking op de praktijksituatie*

Het kleinste dyadische subsysteem wat ik heb kunnen ontdekken in dit gezin is die tussen moeder en dochter. Er wordt beschreven hoe V. erg naar moeder toetrekt als ze een jaar of 4/ 5 is: *"want mama moest er voor haar zijn: heel duidelijk claimen"*.

### *Het gehele gezin als systeem*

Eigenlijk zegt de kop het al. Het hele gezin is een systeem waar je als maatschappelijk werker mee kan werken. Ieder lid van het gezin heeft zijn invloed op de problematiek zoals die er voor ligt. Het is niet zo dat het adoptiekind met de hechtingsproblematiek alleen verantwoordelijk is voor de problemen die hij/ zij heeft. Er zijn meerdere factoren die dat bepalen. Hoe voeden de ouders het kind op? Zijn er meer kinderen in huis? Hoe lang speelt de problematiek al? Dit zijn allemaal factoren die bijdragen aan de problematiek van het kind in kwestie.

*Betrekking op de praktijksituatie*

Het gehele gezin als systeem. Dat is dus iedereen die in het gezin aanwezig is. Ik zou als werker sowieso met de ouders gaan praten. Kijken hoe het hen beïnvloedt. Wat doet het met hen? Op welke manier hebben zij last van de hechtingsproblematiek van dochter V.? In het verhaal komt naar voren dat moeder een aantal vrienden/ kennissen verloren heeft, mede omdat ze niet veel meer van huis kon in de tijd dat V. een jaar of 4/ 5 was. Werkt dit nog door? Als werker zou ik in ieder geval een gesprek met het hele gezin willen voeren. Onder anderen om te kijken hoe het gezin met elkaar omgaat. Een idee zou dan ook Video Home Training of Video Interactie Begeleiding kunnen zijn (Hoofdstuk 2). Je kan stap voor stap samen met de ouders en het kind kijken hoe het gaat (denk hierbij aan communicatie) en wat er gedaan kan worden aan de situatie. In het verhaal kan je lezen dat het verbaal geweld tegenover de ouders steeds erger wordt. Door dit op videoband op te nemen kan je zien hoe de ouders hier mee omgaan. Als werker geef je handvaten aan het gezin zodat zij er in de toekomst anders mee om kunnen gaan.

*Het gezin en zijn omgeving als systeem*

Dit is een uitgebreider systeem. Nu spreek je niet alleen meer van het gezin als systeem maar kijk je ook naar de omgeving van het gezin. Dit is dan het systeem. Als maatschappelijk werker kun je ervoor kiezen om de omgeving bij de problematiek te betrekken. De vraag die je je daarbij moet stellen is of het zin heeft om de omgeving erbij te betrekken. Wat ik wel zou doen als werker zijnde is informeren over het gedrag van het kind bij instanties zoals school, huisarts en eventuele andere instanties waar het kind bekend is. Aan de hand van informatieoverdracht kun je al veel over de thuissituatie, maar ook over andere situaties buitenshuis, te weten komen. Het gebeurt vaak dat een adoptiekind met hechtingsproblematiek zich bij derden voorbeeldig gedraagt en dat hij/ zij thuis onhandelbaar is. Andersom kan dit ook het geval zijn. Bij derden onhandelbaar en thuis voorbeeldig. Het kan ook zijn dat het kind problemen op school heeft door de hechtingsproblematiek. Misschien gaat het kind niet naar school. Dit zijn allemaal factoren waar je als werker rekening mee dient te houden. Veel moeilijkheden tussen gezinsleden hebben te maken met situaties buitenshuis.

*Betrekking op de praktijksituatie*

Door de omgeving van het gezin van V., werd niet door iedereen geaccepteerd dat het zo ging in het gezin. V. was erg dominant en bepaalde de sfeer in huis. Veel vrienden/ kennissen van de moeder van V. konden hier niet mee omgaan (met het gedrag van V.), met als gevolg dat zij hierdoor veel vrienden verloor. Bezoek ontvangen kon niet. V. kon absoluut geen speelgoed delen. Van V.'s achtste tot haar tiende jaar ging het prima met haar. Familie en vrienden zagen ook in dat het toch niet makkelijk was om V. te corrigeren. School is ook een deel van de omgeving van het gezin. Na V.'s tiende jaar ging het bergafwaarts. Ze verhuisden naar een andere plaats. Dit hield in dat ze naar een andere school moest, andere vrienden maken. Dit is iets wat kinderen met een hechtingsprobleem wel kunnen, maar vaak zijn dit oppervlakkige contacten. De wisseling van school kan goed verlopen mits er voldoende begeleiding is vanuit school, van thuis en eventueel een maatschappelijk werker. Ik denk dat een aangepaste school, met kleinere klassen en een goede structurele begeleiding goed zou zijn voor V. Hier krijgt ze meer aandacht, er is meer tijd voor ieder kind. Op de Montessorischool waar V. nu heen gaat, hebben de kinderen veel verantwoordelijkheden. De kinderen worden geacht hun eigen tijd in te delen, mits de vakken maar voor een bepaalde periode af zijn. V. kan deze verantwoordelijkheid niet aan. Er is te weinig structuur.

Adoptiekinderen met hechtingsproblematiek hebben behoefte aan structuur. Wanneer deze structuur er niet is op school, is het gevaar dat een kind "verzuipt

## 4.2 De stromingen

Binnen de gezinstherapie zijn een aantal stromingen te onderscheiden. De bekendste stromingen heb ik hier op rij gezet. Bij elke stroming zal ik de meest kenmerkende begrippen benoemen. Eén van deze stromingen sprak mij erg aan, voor het werken met adoptiekinderen met hechtingsproblematiek. Aan de hand van deze stroming zal ik de praktijksituatie analyseren op micro-, meso- en macroniveau. De stroming die mij erg aansprak was de psychoanalytische gezinstherapie. Waarom deze stroming? In hoofdstuk 4.3 staat een ordening beschreven, een scheiding tussen de verschillende stromingen. Er wordt gekeken naar vier tegenstellingen, namelijk: verleden - heden, gedrag - ervaring, direct - indirect en congruent - paradoxaal. Voor het werken met adoptiekinderen met hechtingsproblematiek lijkt het mij goed dat er in de stroming de volgende dingen aan de orde komen, namelijk: verleden, gedrag, direct en congruent. Deze vier zaken vind ik belangrijk om de volgende redenen:

- \* verleden: adoptiekinderen hebben (vaak) een moeilijk verleden achter de rug. Dit is iets wat je als werker niet zomaar aan de kant kan zetten. Je moet niet alleen naar het verleden kijken, ook naar het heden. De zaken die nu spelen, hebben in de meeste gevallen een verband met het verleden.
- \* gedrag: vaak zie je bij adoptiekinderen met hechtingsproblematiek dat dit gepaard gaat met gedragsproblemen. Zoals uit de casus blijkt is V. erg brutaal naar haar ouders toe, zowel thuis als in het openbaar. Gedrag kan veranderd worden, ervaringen niet. Als maatschappelijk werker zal je wel moeten kijken naar ervaringen. Op deze manier is het gedrag makkelijker te verklaren en kan je daarmee gaan werken.
- \* direct: gebruik direct taalgebruik naar de kinderen toe. Dit geeft een hoop structuur, iets waar adoptiekinderen met hechtingsproblemen baat bij hebben. Indirect taalgebruik kan als gevolg hebben, dat bepaalde dingen niet begrepen worden door kinderen.
- \* congruent: paradoxale boodschappen kunnen verkeerd begrepen worden. Wees daarom congruent in de boodschappen/ uitspraken naar de kinderen toe. Dit kan een hoop verwarring besparen.

Door dit rijtje zal het duidelijker zijn waarom ik voor de psycho-analytische stroming heb gekozen en niet voor de andere stromingen die er zijn.

Nu komen al deze dingen naar voren in de leertheoretische, de psycho-analytische en de experiëntele stroming vandaar mijn keuze. Bij elk van de stromingen zal ik ook aangeven waarom ik niet voor die stroming gekozen heb. Aan de hand van de psycho-analytische stroming zal ik de praktijksituatie analyseren.

### \* *De structurele gezinstherapie*

De structurele gezinstherapie neemt expliciet het gezin of het systeem als éénheid van behandeling. In deze stroming wordt uitgegaan van "pathogene" structuren binnen gezinnen. Gezinnen met een overmaat aan wederzijdse betrokkenheid of juist met een tekort aan betrokkenheid worden beschouwd als pathogeen, als leidend tot het slecht functioneren van gezinsleden, in het bijzonder de kinderen. Naast betrokkenheid of cohesie is het begrip coalitie erg belangrijk in deze vorm van gezinstherapie. Triades waarin een ouder een coalitie aangaat met een kind tegen de andere ouder, zouden ziekteverwekkend kunnen zijn, zowel voor de in het gezin geïsoleerd staande ouder als voor het kind. Deze stroming richt zich erg op het "hier en nu" en er is weinig plaats voor het verleden van de gezinsleden, vandaar dat ik deze stroming niet heb gekozen om te gebruiken bij het werken met adoptiekinderen met hechtingsproblematiek.

### \* *De communicatietheoretische of strategische stroming*

Deze stroming richt zich op het blootleggen van wetmatigheden in de manier waarop mensen met elkaar omgaan. In het verleden is er ook veel nadruk gelegd op zogenaamde pathogeniserende (ziekmakende) vormen van interactie tussen

gezinsleden. Er wordt voor het eerst nadruk gelegd op de machtsaspecten die een rol gaan spelen zodra twee of meer personen in een min of meer duurzame betrekking treden. In iedere relatie komt regelproblematiek voor: onduidelijkheid over wie de regels vaststelt. De onderliggende factor voor de diverse uiteenlopende conflicten is de machtsstrijd (wie maakt de dienst uit). Ik heb niet gekozen voor deze stroming omdat de deze theorie naar het heden kijkt (er is weinig plaats voor het verleden), paradoxaal en indirect is. Zoals uit hoofdstuk 1 al blijkt is het belangrijk om duidelijk te zijn tegen adoptiekinderen met hechtingsproblematiek. Ik denk dat het dan belangrijk is om direct taalgebruik te bezigen en niet paradoxale boodschappen te geven. De kans is groot dat dit niet begrepen wordt.

\* *De experiëntele gezinstherapie*

Deze stroming heeft veel raakvlakken met gestalttherapie. De principes van de individuele gestalttherapie worden toegepast bij deze theorie. De nadruk ligt op het “hier en nu”, “awareness” en “voor jezelf opkomen”.

Vooraf het “hier en nu” is de reden dat ik niet heb gekozen voor deze stroming. Zoals ik al eerder heb verteld, vind ik het verleden erg belangrijk (socialisatie, hoe ben je zo geworden?) voor het werken met adoptiekinderen met hechtingsproblematiek.

\* *De cybernetische of Milanese gezinstherapie*

Deze stroming ging terug naar de basis van de systeemtheorie met de opvatting dat gezinnen waarin individuele stoornissen voorkomen meestal gekenmerkt worden door homeostatische tendenties en dat de symptoomdrager vaak een functie heeft, doordat deze de aandacht afleidt van problemen bij andere gezinsleden. Deze stroming is ook bekend geworden door de “circulaire interviewtechniek” (tegenhanger van het rechtstreeks taalgebruik) en door het gebruik van de éénrichtingsspiegel (achter een spiegel een team collega’s die de behandeling volgen) tijdens therapiegesprekken. Indirect taalgebruik is iets wat niet begrepen kan worden door kinderen.

Ik zou deze stroming zelf in ieder geval niet gebruiken, omdat het heel moeilijk is om echt contact te leggen met adoptiekinderen met hechtingsproblematiek. Het gebruik van een éénrichtingsspiegel zou ik dan zeker niet gebruiken. Mocht het kind er onverhoopt toch achterkomen, dan zit de kans er dik in dat het zich verraden voelt en dan kan je als werker weer van voor af aan beginnen. Een andere reden is dat er gebruik gemaakt wordt van de circulaire gesprekstechniek. Dit is een indirecte techniek en zoals al bij meer stromingen sta ik hier in het werken met adoptiekinderen met hechtingsproblematiek niet achter, omdat het moeilijk te begrijpen kan zijn voor een kind.

\* *De psycho-educatieve vorm van gezinstherapie*

Gezinnen met schizofrene leden of autistische kinderen behoren niet opgezadeld te worden met de gedachte dat zij schuld hebben aan de stoornis van hun kind, ouder, broer of zus. In plaats daarvan dient de nadruk te liggen op voorlichting (educatie). Voorlichting over het heden: wat is er aan de hand; wat kan er anders? Ook wordt geadviseerd om te zorgen voor een “rustig gezinsklimaat, waarin de geuite emoties niet hoog oplaaieren; dus vermijden van confrontaties en conflicten en vermijden van al teveel betrokkenheid. In eerste instantie is deze therapie opgericht voor behandeling van ernstig gestoorde personen. Zover wil ik niet gaan bij adoptiekinderen met hechtingsproblematiek. Er wordt in het boek van Alfred Lange ook voornamelijk gesproken over autistische personen (daar is de theorie in eerste instantie ook voor bedoeld). Dit is de reden dat ik denk dat deze theorie niet geschikt is voor adoptiekinderen met hechtingsproblematiek.

\* *De probleemoplossende gezinstherapie (Nathan Epstein)*

Het eerste deel heeft vooral betrekking op taxatie. Het kan worden gezien als een reactie op het verwaarlozen van diagnose en taxatie, in de tot dan toe bekende gezinstherapeutische stromingen. In het model van Epstein wordt in de taxatiefase het gezinssysteem op de volgende dimensies beoordeeld: de aard van de communicatie, de rolverdeling, de affectieve betrokkenheid, de manier waarop

gedragscontrole wordt uitgevoerd en de mate waarin gezinsleden in staat zijn problemen op te lossen. Het tweede deel van het model is gericht op de eigenlijke behandeling, die wordt gekenmerkt door het stapsgewijs afsluiten van contracten met de gezinsleden: in overleg met de cliënten worden doelen uitgekozen die voor verandering in aanmerking komen en de gezinsleden leren zelf hun interactiepatronen te wijzigen en te beheersen. Er wordt bij deze theorie vooral naar het heden gekeken. In deze theorie komt bij de behandeling naar voren dat het afsluiten van contracten kenmerkend is. Ik ben bang dat adoptiekinderen hier niet goed mee om kunnen gaan. Het legt teveel druk op ze. Druk geeft spanning en dat kunnen ze niet gebruiken, vandaar dat ik deze stroming ook niet heb gekozen.

- \* *De leertheoretische of gedragstherapeutische gezinstherapie*  
Belangrijke elementen: het analyseren van dergelijke bekrachtigingpatronen en het helpen van cliënten bij hun pogingen een relatie te scheppen waarin beide partijen evenredig beloond worden. Deze aanpak richtte zich vooral op het instrueren van ouders met problemen met kinderen en op het begeleiden van echtparen die niet goed met elkaar overweg konden. Tegenwoordig is de aandacht niet alleen meer op waarneembaar gedrag gericht, maar ook op het veranderen van (dysfunctionele) gedachten over zichzelf en de omgeving. Er wordt tegenwoordig ook meer over “cognitieve gedragstherapie” gesproken. Ik kreeg het idee dat er bij deze stroming meer met de ouders wordt gewerkt dan met het kind en de ouders: “*deze aanpak richtte zich vooral op het instrueren van ouders met problemen met kinderen*”. Ik ben er juist voor om met het kind en de ouder(s) te spreken en te werken. Je moet niet alleen de ouders instrueren, ook het kind. Het kind heeft hechtingsproblematiek. Dit heeft zijn weerslag op het hele gezin. Het lijkt mij belangrijk dat het kind daarom ook goed weet wat er aan de hand is. Adoptiekinderen met hechtingsproblematiek zijn (vaak) wantrouwend. Als je als werker het kind dan “buitensluit”, kan de kans bestaan dat je het kind het gevoel geeft buitengesloten te zijn. Dit heeft tot gevolg dat je het contact verliest.
- \* *De psychoanalytische en intergenerationele systeembenadering*  
De therapie is sterk gericht op het analyseren van de manier waarop relaties van de volwassen gezinsleden met hun gezin van herkomst, het huidige gezinsfunctioneren beïnvloeden. De term intergenerationeel als omschrijving voor een gezinstherapeutische benadering is vooral bekend geworden door het werk van Ivan Boszormenyi-Nagy. Het begrip loyaliteit speelt hierin een grote rol. Problemen van een kind kan men pas begrijpen wanneer men weet hoe het zit met de loyaliteiten ten aanzien van de ouders, maar ook andersom. Het begrip “invisible loyalty” is erg belangrijk hierbij. Het vestigt de aandacht op de gevolgen van een niet goed verlopend proces van losmaking t.o.v. het gezin van herkomst voor de relaties in het huidige gezin. Dit is de stroming die ik heb gekozen bij het werken met adoptiekinderen. Ik ga hier in hoofdstuk 4.4 verder op in.

### 4.3 Ordening in deze stromingen

Sommigen stromingen vertonen wel overlappingsen. Er valt echter wel een ordening aan te brengen in de verschillende stromingen die ik net heb beschreven:

1. *Heden versus verleden*  
In de meeste vormen van gezinstherapie ligt de aandacht vooral bij het heden, bij processen die zich nu afspelen tussen de gezinsleden. Aandacht voor het verleden van de client en de familieleden is er vooral in de psychoanalytische/intergenerationele gezinstherapie. Wel voorkomend, maar minder vanzelfsprekend is dit in de experiëntele en in de leertheoretische gezinstherapie.
2. *Gedrag versus ervaring*  
In alle vormen van gezinstherapie is het verschaffen van inzicht in de “ziekmakende” processen een essentieel onderdeel. De werker observeert hoe de gezinsleden met elkaar omgaan en geeft daar feedback op. Bij de volgende gezinstherapieën is dit het

belangrijkste deel: experiëntele gezinstherapie, structurele gezinstherapie en in de cybernetische gezinstherapie. In de communicatietheoretische, de leertheoretische en in de psycho-educatieve gezinstherapie ligt het accent hier minder op. Men is geneigd tot het geven van adviezen over gedrag dat erop is gericht de destructieve interacties te blokkeren.

3. *Direct versus indirect*

In alle vormen van gezinstherapie maakt men gebruik van “directe” technieken: de werker geeft op onverhulde wijze zijn commentaar en instructies. Een uitzondering hierop is de communicatietheoretische stroming. Hier zijn technieken binnengeslopen waarmee de werker op indirecte wijze (subtiële suggesties) het gedrag van de cliënten probeert te beïnvloeden.

4. *Congruent versus paradoxaal*

Vooraf binnen de cybernetische en communicatietheoretische gezinstherapie geven de werkers vaak de opdracht niet te veranderen, terwijl de werker hiermee hoopt het tegenovergestelde te bewerkstelligen (judo-achtig motiveren). In de leertheoretische gezinstherapie komt deze aanpak ook voor, maar minder vaak. In de andere stromingen treft men geen paradoxale adviezen aan. Het accent ligt bij de therapieën op het congruent delen van inzichten tussen werker en cliënt(en).

#### 4.4 Analyse van de praktijksituatie aan de hand van de psycho-analytische en intergenerationele systeembenadering

De therapie is sterk gericht op het analyseren van de manier waarop relaties van de volwassen gezinsleden met hun gezin van herkomst, het huidige gezinsfunctioneren beïnvloeden. Bij het gezin uit de casus bijvoorbeeld zie je dat V. een dominante rol vervult: *“echter ook op de vakantie moesten er compromissen worden gesloten om te “overleven”, er kwamen steeds meer momenten dat je als gezin op je tenen liep”*. De term intergenerationeel als omschrijving voor een gezinstherapeutische benadering is vooral bekend geworden door het werk van Ivan Boszormenyi-Nagy. Het begrip loyaliteit speelt hierin een grote rol. Problemen van een kind kan men pas begrijpen wanneer men weet hoe het zit met de loyaliteiten ten aanzien van de ouders, maar ook andersom. Het begrip “invisible loyalty” is erg belangrijk hierbij. Het vestigt de aandacht op de gevolgen van een niet goed verlopend proces van losmaking t.o.v. het gezin van herkomst voor de relaties in het huidige gezin.

Het lijkt mij dat dit een theorie is die niet alleen te gebruiken is bij het analyseren van de relaties van volwassenen, maar dat dit ook kan bij adoptiekinderen met hechtingsproblematiek. In hoeverre speelt loyaliteit aan de biologische ouders nog een rol in de huidige relatie?

Als je dit toepast op de praktijksituatie is te lezen dat V. haar biologische ouders niet kent. Ze heeft haar biologische moeder nooit meer gezien. Ze heeft 1 jaar en een maand in een tehuis gezeten. Je kan je afvragen als werker wat dit voor invloed heeft op haar huidige functioneren. Wat is daar gebeurd? Het lijkt mij een belangrijk gegeven om na te gaan (voor zover daar nog gegevens over bestaan). In de casus staat ook dat V. bij de eerste kennismaking zeer star was: *“..... bij de eerste kennismaking inderdaad zeer star, keek ons niet aan, bewoog nauwelijks....”* Toch blijkt uit de zin daarna dat V. anders was dan aanvankelijk gedacht werd: *“..... een kind dat graag wilde bewegen en wel degelijk goed hoorde en kon reageren....”* Het eerste jaar thuis verliep ook zonder problemen. Het enige opvallende (en eerste symptoom) was dat V. gewoon bleef zitten waar ze zat als moeder de kamer uit was. Het kan zijn dat dit een regel was uit het tehuis waar V. verbleef en dat dit er nog helemaal in zit bij haar.

Invisible loyalty: *“Het vestigt de aandacht op de gevolgen van een niet goed verlopend proces van losmaking t.o.v. het gezin van herkomst voor de relaties in het huidige gezin.”*

Losmaking is een deel van hechting. Denk bijvoorbeeld aan exploratie. Ik vraag me af of V. zich al heeft weten los te maken van het verleden zo zij die beleefd heeft. Als werker moet je proberen erachter te komen wat er in het verleden is gebeurd waardoor V. zich nu zo gedraagt. Volgens de theorie kunnen onbewuste loyaliteiten een intieme relatie in de weg staan. De intergenerationele systeembenadering is vooral hierop gericht. Het analyseren van onbewuste loyaliteit.

Op haar vierde/ vijfde jaar was V. erg loyaal aan haar moeder, zelfs zoveel dat moeder vrienden en kennissen verloren heeft. Nu zie je dat ze erg opstandig is en haar ouders en broertje uitscheld, zowel thuis als in het openbaar. Volgens deze theorie moet je als werker eerst onderzoeken hoe het met de loyaliteit van het kind zit t.o.v. de ouders voordat je kan begrijpen hoe het kind denkt en waarom het zich zo gedraagt

Waar komt de depressiviteit vandaan? De angst: *“als je haar aansprak op haar gedrag of gewoon iets tegen haar zei, vloog ze onder de tafel.”* Niemand kon haar helpen. Heeft dit te maken met invisible loyalty? Je zou het zo kunnen opvatten. Het kan goed mogelijk zijn dat V. bang is om weer verlaten te worden. Deze angst zie je veel bij adoptiekinderen met hechtingsproblematiek. Misschien is dit de reden van haar depressiviteit. Misschien zijn er andere oorzaken. Misschien heeft het te maken met “split loyalty”. V. kan zich wel “gedwongen” voelen om te kiezen voor loyaliteit aan haar adoptie-ouders, terwijl ze bang is om weer verlaten te worden, zoals haar biologische moeder heeft gedaan.

Allemaal dingen die je als werker uit moet zoeken om een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van de achtergrond, de leefwereld van V., op deze manier kan je hulp op maat bieden. In hoofdstuk 4.5 worden een aantal mogelijkheden beschreven (Bureau Jeugdzorg).

#### 4.5 Hulpverlening op mesoniveau

Hierbij denk ik aan de instelling die hulp aan adoptiekinderen kan bieden. Zelf denk ik dat Jeugdzorg het beste hulp kan bieden aan kinderen met hechtingsproblematiek. Wat maakt het nu dat ik dit denk? In de eerste plaats is Jeugdzorg er voor de jeugd, zoals de naam al duidelijk maakt.

Bureau Jeugdzorg is er voor de jeugd van 0 tot 23 jaar en hun ouders/ opvoeders. Dit vind ik een belangrijk gegeven. Zoals ik al zei bij de hulpverlening op microniveau is het belangrijk dat er niet alleen naar de jongere in kwestie wordt gekeken maar naar het hele systeem waar de jongere deel van uitmaakt, het gezin, de omgeving.

*Wat biedt Jeugdzorg?:*

\* *Informatie en advies*

Hierbij moet je denken aan informatie voor ouders over opvoeden, maar ook informatie aan kinderen. Ook zij zien het soms niet zitten.

\* *Hulp en begeleiding*

Soms zijn één of enkele adviesgesprekken niet voldoende om de problemen op te lossen, maar is verdere begeleiding gewenst. Uitgangspunt hierbij is dat het kind, de jongere en/of de ouders de problemen zelf weer kunnen hanteren. Bureau Jeugdzorg biedt een aantal vormen van begeleiding:

- Gesprekken met ouders
- Gesprekken met jongeren
- Kindergroepen (o.a. sociale vaardigheidstraining)
- Video-hometraining. Wat ik erg interessant vind is dat Bureau Jeugdzorg gebruik maakt van Video Home Training. Je ziet dat de bestaande hulpverlening hier ook gebruik van maakt. Je kan als werker het gedrag van kind en ouders vastleggen op video en de verschillende communicatiesystemen analyseren en van daaruit hulp bieden aan het gezin.
- Crisisinterventie. Is er een crisis dan kan het gezin terugvallen op Jeugdzorg, die nemen het dan over

- Verwijzing naar intensievere vormen van hulp
- \* *Verwijzing naar intensievere vormen van hulp*

Wanneer intensievere hulp nodig is, wordt vanuit Bureau Jeugdzorg verdere hulpverlening ingeschakeld. De medewerker van Bureau Jeugdzorg blijft voor de ouders en de jongeren, de contactpersoon. Het is belangrijk dat de medewerker van Jeugdzorg contactpersoon blijft. Dit, omdat al eerder is vermeld, structuur erg belangrijk is voor een jongere met hechtingsproblematiek. De medewerker van Bureau Jeugdzorg blijft dan de basis voor de jongere en het gezin, waar het deel van uitmaakt. Het kan best zijn dat Jeugdzorg ervoor kiest om alleen verder te gaan met de jongere. Toch lijkt het mij het beste dat het hele gezin betrokken blijft bij de hulpverlening omdat het niet alleen aan de jongere ligt. Het is erg belangrijk om ook de ouders handvaten aan te reiken m.b.t. hechtingsproblematiek.

#### **4.6 Hulpverlening op macroniveau**

Onder hulpverlening op macroniveau versta ik het beleid van een instelling. Hoe gaat een instelling om met gegevens, personeel etc. Ik kan daar zelf weinig over vertellen omdat we daar op de opleiding niet zo uitgebreid op in zijn gegaan. Ik denk dat dit meer iets is voor iemand die een managementopleiding heeft gedaan.

Een andere partij op macroniveau zou de politiek kunnen zijn. Er is te weinig bekend over hechtingsproblematiek binnen de politiek. Dit heeft volgens mij te maken met het feit dat er binnen de hulpverlening ook te weinig bekend over is. Aangezien de meeste welzijnsinstellingen afhankelijk zijn van de politiek lijkt het mij dat er eerst een algemene acceptatie en een duidelijke richtlijn moet zijn, voor het werken met adoptiekinderen met hechtingsproblematiek.

## 4.7 Conclusies en aanbevelingen voor maatschappelijk werkers in het werken met hechtingsgestoorde kinderen

### **Conclusies**

Er is te weinig bekend over de hechtingsproblematiek bij adoptiekinderen, bij de gevestigde hulpverlening, maar ook bij de politiek.

Er zijn niet vastomlijnde hulpverleningsmethodes in het werken met deze doelgroep. Deze zouden er wel moeten zijn zodat hulpverleners een basis hebben om vanuit te werken.

Instellingen zouden meer aandacht moeten besteden deze problematiek. Op deze manier krijgt het meer bekendheid bij andere hulpverleners en kunnen adoptiekinderen met hechtingsproblematiek eerder en beter geholpen kunnen worden.

Ook krijgt de politiek hierdoor meer aandacht voor deze problematiek, zodat er meer gelden voor vrijgemaakt kunnen worden.

### **Aanbevelingen voor ouders en hulpverleners**

Zorg dat je een kind met hechtingsproblematiek altijd structuur biedt. Dat kan op verschillende manieren zoals het op tijd naar bed gaan, vaste eettijden, afspraken nakomen, huiswerk maken etc. De dagelijkse gang van zaken dus. Voor een kind met hechtingsproblematiek is deze structuur erg belangrijk omdat er vaak geen bodem is in het bestaan. Op deze manier zorg je voor een bodem.

Te veel nabijheid kan afschrikken. In emotionele en lichamelijke zin. Let erop dat je niet te dichtbij komt maar dat je ook niet teveel afstand bewaart. Probeer dit te doseren en niet te forceren. Veel adoptiekinderen hebben in het verleden een traumatische ervaring meegemaakt (denk aan scheiding van ouders, land e.d.). Hierdoor wordt het moeilijk voor hen om diepere relaties aan te gaan. Als je als werker probeert te snel dichterbij te komen kan dit een averechts effect hebben.

Zit nooit te lang achter de waarheid aan. Kinderen met hechtingsproblematiek zijn meesters in manipulatie. Ze zullen datgene zeggen wat je als hulpverlener (of ouder) wil horen. Net als bovenstaande punt kan je te dichtbij komen, met als gevolg dat het vertrouwen dat je hebt opgebouwd weer teniet wordt gedaan.

### **Aanbevelingen voor hulpverleners**

Wees direct in het contact naar kinderen toe. Wees duidelijk, biedt structuur in de gesprekken. De adoptiekinderen moeten weten wat ze wel en wat ze niet aan je hebben.

Kijk ook naar het verleden. Hoe is het kind geweest in het verleden. Je moet proberen verbanden te leggen tussen het heden en verleden van het kind. Zoek duidelijk uit wat er aan de hand is.

Niet alleen bezig gaan met het kind, maar kijk ook naar de rest van de gezinsleden en eventueel naar de omgeving.

Neem contact op met andere instellingen/ instanties waar het kind/ gezin bekend is (bijvoorbeeld school, huisarts etc.). Zij kunnen informatie geven waar je als hulpverlener wat aan hebt en waardoor je eerder bekend raakt met het kind/ gezin en de problematiek die er speelt.

Kijk ook op het internet. Wat ik toch merk bij ons op de opleiding is dat er te weinig aandacht aan het internet wordt besteed. Het is niet alleen een informatiebron, maar ook een bron om gedachten, ervaringen, verhalen etc. uit te wisselen. Informatie en communicatie zijn de sleutelwoorden van het internet.

Probeer op een zo regelmatig mogelijke basis contact te hebben met het kind en eventueel de rest van het gezin. Zo bouw je een vertrouwd contact op. Denk niet dat dit contact gelijk goed en vertrouwd is. Adoptiekinderen met hechtingsproblematiek hebben moeite met het aangaan van intieme relaties.

Schroom niet om door te verwijzen. Als je als maatschappelijk werker denkt de cliënt niet voldoende te kunnen helpen, zorg dan dat je passende hulpverlening aanbiedt.

## Literatuurlijst

### Boeken

- Coby Grasvelt, Adoptie: hulpverlening of ouderschap, Haarlem 1999, 127 pag.
- Prof. Dr. Tom Schulpen en Loes Sibbing, Adoptie: van kinderwens tot ouderschap, Utrecht 1995, 128 pag.
- Helma van den Berg-Bakker, Ik ben mezelf: adoptiekinderen aan het woord, Baarn 1995, 139 pag.
- Anna Selby, Aromatherapie: een inleiding tot etherische oliën en hun ontspannende werking, Londen 1996, 64 pag.
- Geertje van Egmond, Bodemloos bestaan: problemen met adoptiekinderen, Baarn 1987, 183 pag.
- Femmie Juffer, Adoptiekinderen: opvoeding en gehechtheid in het gezin, Amsterdam 1997-1999
- Alfred Lange, Gedragsveranderingen in gezinnen, Hoofdstuk 1 en 2, Eerste druk Groningen 1975, blz. 3 t/m 51

### Internet

- Adoptie trefpunt, [www.adoptie.net](http://www.adoptie.net)
- [www.hechtingsstoornis.com](http://www.hechtingsstoornis.com)
- [www.zappybaby.com](http://www.zappybaby.com)
- [www.adoptie.com](http://www.adoptie.com)

### Overig

- Algemene oudervereniging "De Knoop"
- Wat Nu? Oudercontactgroep voor ouders van hechtingsgestoorde, bodemloze kinderen
- Informatie van een landelijke bijeenkomst over het geen-bodem-syndroom, georganiseerd door "De Knoop" en het Deltion College Zwolle