

Hechtingsproblematiek

Op welke wijze kan de pedagogisch medewerker een bijdrage leveren aan de ondersteuning van kinderen met hechtingsproblematiek?



**Afstudeerscriptie van Anne-Fleur Gjaltema
Opleiding: Pedagogisch werker jeugdzorg
Friesland College, Heerenveen
Januari 2016**

Mijn kind

Het voelt zich zo onbemind

Neemt zijn leven in eigen hand

Iedereen aan de kant.

Kom niet te dichtbij

Kom niet aan mij

Hou me niet vast

Dat is iets wat niet bij me past.

Ik heb je nodig en ook weer helemaal niet

Die verwarring geeft me groot verdriet.

Ik wil de juiste toon, het juiste woord

Heb je dat wel goed gehoord

Doe je dat niet

Dan doe je mij verdriet

Dan doe je mij pijn

En dat vind ik niet fijn.

Ik verhef mijn stem,

Ik zeg nare woorden alsof ik jou niet ken.

Ik heers, ik kwets en ik raas

Als een agressieve dwaas,

Ik reken met je af,

Je staat helemaal paf

Als ik klaar met je ben.

Beroepenveld: pedagogisch werker jeugdzorg

Begeleidend docent vanuit de opleiding: Alinda Kiel

Begeleidende coach vanuit de beroeps praktijk vorming: Marianne Wijntjes-van Hoorn

Datum: 5-4-2016

Plaats: De Westereen

Voorwoord

Deze scriptie heb ik geschreven als afstudeerwerkstuk van de opleiding Pedagogisch medewerker jeugdzorg van het Friesland College te Heerenveen. Het onderwerp hechtingsproblematiek heb ik gekozen omdat het mij erg veel aanspreekt en ik er veel mee te maken heb op mijn stage bij Stichting A&B te Wijnjewoude. Ik heb ervaren dat de problematiek zich op verschillende manieren kan uiten. Doordat de problematiek minder bekend is dan ADHD en Autisme en je de problematiek niet snel herkent, heeft het mijn interesse gewekt om mijn scriptie hierover te schrijven.

Het schrijven van de scriptie heb ik als zeer interessant ervaren omdat er allerlei nieuwe aspecten bij kwamen kijken. Ik had vooraf niet een heel duidelijk beeld over de problematiek en ik wist ook niet dat er zo veel factoren waren die de problematiek kunnen beïnvloeden.

Een start maken met de scriptie was voor mij moeilijk. Waar wil ik over schrijven, wat wil ik onderzoeken en hoe moet ik beginnen, zijn vragen waar ik mee rondliep. Eenmaal aan de gang was het soms makkelijk, dan schreef ik de ene pagina na de andere. Op andere momenten kreeg ik het wat moeilijker en had ik het gevoel dat ik volkomen vastliep. Uiteindelijk heb ik na veel denkwerk een prachtige onderzoeksvraag samen kunnen stellen: Op welke wijze kan de pedagogisch medewerker een bijdrage leveren aan de ondersteuning van kinderen met hechtingsproblematiek? Waar mijn interesse naar uit ging was, gaat zo'n problematiek eigenlijk wel helemaal over? Verder in mijn scriptie geef ik antwoorden op deze vragen.

Ik bedank Marno Duursma voor de fijne begeleiding en ondersteuning. Jouw wijze raad en bemoedigende woorden hebben mij goed gedaan.

Ook wil ik alle andere mensen bedanken die mij geholpen hebben. Zonder hun had ik dit nooit kunnen onderzoeken.

Anne-Fleur Gjaltema
Pedagogisch Medewerker Jeugdzorg

19 april 2016
De Westereen

**WAAROM
MOEILIK DOEN
ALS
HET SAMEN KAN**

Loesje

Inhoudsopgave

Titelpagina	
Voorwoord	1
Inleiding	2
1. Hechtingsproblematiek	
1.1 Wat is hechtingsproblematiek?	3
1.2 Hoe ontstaat hechtingsproblematiek?	7
1.3 Wie heeft er kans om een hechtingsprobleem te krijgen?	9
1.4 Wat zijn de symptomen van een kind met hechtingsproblematiek?	11
2. Geschikte methodieken.	
2.1 Welke begeleidingsmethodieken zijn er?	14
2.2 Welk effect hebben de methodieken?	18
3. Op welke wijze kan de pedagogisch medewerker een bijdrage leveren aan de ondersteuning van kinderen met hechtingsproblematiek?	
Antwoord op de onderzoeksvraag.	
3.1 Hoe begeleidt de pedagogisch medewerker kinderen met hechtingsproblematiek?	20
3.2 Gaat een hechtingsprobleem over? Antwoord op de deelonderzoeksvraag.	22
5. Bijlagen.	
Bronnenvermelding.	23
6. Literatuurlijst.	24

Inleiding

Afgelopen studiejaar heb ik stage gelopen bij Stichting A&B te Wijnjewoude. Zij zijn gespecialiseerd in het begeleiden en opvangen van kinderen en jongeren met een beperking. Dit kunnen kinderen en jongeren zijn met verschillende beperkingen, zoals verstandelijk, gedragsmatig en/of psychiatrisch.

Wanneer ik de dienst draai op stage zijn er elke dag weer andere kinderen bij mij op de groep. De jongsten en de ouderen worden zo veel mogelijk van elkaar gescheiden. Elke dag is ook weer anders. Het is maar net hoe hun schooldag was, van wie ze les hebben gehad op school, wat voor weer het is en bij wie ze op de groep zitten. Allemaal factoren die hun gedrag kunnen beïnvloeden. Je weet dus ook niet van te voren wat de dag je zal brengen.

In het begin op mijn stage, toen ik er net was, had ik erg veel moeite met 1 meisje. Zij is 15 jaar oud, gaat naar de middelbare school. Ze zocht geen toenadering en contact met mij. Het was soms net of liep ze het liefst met een grote boog om mij heen. Bij het op bed brengen gaf ze als antwoorden 'ja', 'nee' of 'welterusten', terwijl anderen nog om een knuffel vroegen en nog even wilden kletsen voor het slapen gaan. Overdag op de groep zocht ze geen oogcontact, kwam de ene rotopmerking na de andere en liep ze over mij heen. Tegenwoordig is er wel al iets veranderd. De arrogantie is er af bij haar en we communiceren als normale mensen, net als de rest op de groep. Het heeft bij haar veel tijd nodig gehad om mij te kunnen vertrouwen. Ik heb haar de tijd gegeven om aan mij te wennen en wanneer zij er klaar voor was, kwam ze wel bij mij.

Een ander voorbeeld is S. Zij is 14 jaar oud en woont sinds een aantal jaren in het gezinshuis, samen met haar oudere broer. Beide hebben de diagnose hechtingsstoornis. Contacten zijn erg wisselend bij haar, het is aantrekken en afstoten. De ene keer zoekt ze toenadering, de andere keer wil ze niks van je weten. De laatste tijd wil ze bij het op bed gaan nog wel eens een knuffel, maar ook dit heeft moeten groeien. Haar broer, M. is erg afstandelijk naar mij toe. Wanneer ik een gesprek begin, geeft hij wel antwoord op mijn vragen. De enige persoon die toegang heeft tot M. is de gezinshuisouder. Hij beschouwt haar als vertrouwt. Ook is zij degene die met hem naar EMDR therapie is geweest.

Eigenlijk, hebben er heel veel kinderen hechtingsproblemen. Alle kinderen op mijn stage zijn immers uit huis geplaatst. Zij zijn allemaal uit hun vertrouwde omgeving gehaald en in een nieuwe, voor hun vreemde omgeving geplaatst. Elke keer is er weer een nieuwe begeleider op de groep en jaarlijks komen er weer nieuwe stagiaires bij waar zij een band mee op moeten bouwen.

Ik heb gemerkt dat wanneer ik mij open stel naar de kinderen, zij toenadering zoeken bij mij. Ze weten op welke dagen ik er ben, ze kunnen op mij rekenen. Dit biedt emotionele veiligheid en voorspelbaarheid. Dat er op mijn stage duidelijke regels zijn helpt ook. Er is structuur en duidelijkheid.

Om privacyredenen heb ik de interviews achterwege gelaten.

Hechtingsproblematiek

In dit hoofdstuk geef ik een uitleg over hechtingsproblematiek. Het is belangrijk om eerst een helder beeld te hebben wat de problematiek precies inhoudt. In hoofdstuk 1.2 verdiep ik mij in waar de problematiek vandaan komt, wat de oorzaak is. In hoofdstuk 1.3 bespreek ik welke personen de meeste kans hebben om een hechtingsstoornis te krijgen.

1.1 Wat is hechtingsproblematiek?

Om een antwoord te geven op bovenstaande vraag is het nodig om de term 'hechtingsproblematiek' te definiëren:

Hechting is een wederkerige en diepgaande emotionele en fysieke relatie tussen een kind en zijn ouder.¹

Hechtingsproblematiek is een verzamelnaam voor allerlei emoties en gedragingen van kinderen, jongeren en volwassenen waaruit blijkt dat je geen emotionele veiligheid hebt aan de relatie met vertrouwde opvoeders of partners. Problemen rond gehechtheid of hechting worden verschillend genoemd; hechtingsstoornis, hechtingsproblematiek, RAD, Geen-Bodem-Syndroom, adoptieprobleem, geen basisvertrouwen, geen basisveiligheid enz. Vaak gaat het samen met diverse trauma's en verlieservaringen.

Problemen rond gehechtheid verstoren het samen zijn met andere mensen. Vaak is het verstopt onder andere problemen, zoals gedragsproblemen, emotionele geremdheid, moeite met overzicht, moeite je te binden, zwak zelfvertrouwen, manipuleren, snel beledigd of afgewezen voelen, controle willen houden, weinig basisvertrouwen, depressie enzovoort. Dit zie je zowel bij kinderen, jongeren als volwassenen. Dit zie ik ook veel bij de kinderen op mijn stage. Zij kampen met gedragsproblemen, hebben weinig zelfvertrouwen en kunnen erg goed manipuleren. Dit wordt dagelijks gedaan bij elke begeleiding. Zij willen het liefst de controle overal over hebben en dit proberen zij te krijgen door de begeleiding over te halen.

Er zijn globaal twee subtypen bij problemen rond gehechtheid: een actieve vorm (naar buiten gericht, tegen de wereld) en een passieve vorm (naar binnen gericht, tegen zichzelf).

Je kan problemen in de gehechtheid ontwikkelen door bijvoorbeeld een zware start in het leven, ziekenhuisopnamen, adoptie, verlies van een ouder, plaatsing in een pleeggezin, een slechte relatie met je ouders/opvoeders, misbruik, geweld of het niet beschikbaar zijn van ouders/opvoeders door hun eigen ziekte of problemen. Het kan vanaf het begin moeilijk zijn gegaan, maar ook na een ingrijpende gebeurtenis op latere leeftijd.

Je raakt als het ware los van je omgeving en je bent op jezelf terug geworpen.

Dit is voor alle mensen beangstigend en moet je wegstoppen. Als er dan geen herstel komt, ontwikkel je een nieuwe overlevingsstrategie om het te redden. Het lukt je om goed te functioneren, maar contact met anderen en jezelf is verstoord geraakt.

Vertrouwen verdwijnt en de basis voor verdere opvoeding en een verdere ontwikkeling valt weg. Een kind met problemen in de gehechtheid is moeilijk op te voeden. Het kind kan zich niet veilig voelen bij de opvoeder en de opvoeder kan het kind niet meer bereiken. Als het kind ouder wordt ben je als het ware ook niet veilig bij jezelf. Er is onvoldoende basis om je van binnen uit te ontwikkelen. Gehechtheid en zelfvertrouwen liggen dicht bij elkaar.²

1 Hans van der Harm. 'Voor jou zeker..?'

2 Zo Zorg oplossingen.

Nu duidelijk is wat hechting is, kan je onderscheid maken uit verschillende vormen.

1. Angst vermijdend gehechte kinderen.
2. Angstig ambivalent gehechte kinderen.
3. Gedesorganiseerd/gedesoriënteerd gehechte kinderen.³

1. Angstig vermijdend gehechte kinderen.

Deze kinderen hebben hun wereld zo klein gemaakt omdat zij de omgeving om hen heen als onveilig ervaren. Ze hebben niet het gevoel dat zij belangrijk zijn voor de moeder. Ze ervaren een gevoel van leegte en hebben niet de vaardigheden om in contact te komen. Dit kind zal in een spannende situatie stress ervaren, alleen is hier niks van te zien. De kinderen zoeken weinig tot geen steun bij de moeder, ook in situaties waarin dit wel zal moeten. Wanneer deze kinderen volwassen worden ervaren zij alles anders. De emotionele, mentale kant van het leven, met gevoelens, gedachten, verlangens en dromen is een wereld die hun niet bekend is, omdat zij dit in hun jonge jaren door omstandigheden niet hebben kunnen ontwikkelen. Wanneer de moeder weg gaat, reageert het angstig vermijdende kind nauwelijks. Het blijft onverstoord zitten en speelt verder. Op het eerste gezicht lijken dit prachtige kinderen, ze krijsen niet, huilen niet en zijn gewoon bezig met hun spel. Toch is het wel vreemd. De moeder gaat weg en het kind wordt niet ongerust. Wanneer de moeder terugkomt, reageert het kind nauwelijks. Het kind is eigenlijk doodsbang maar vertoont dit niet.

2. Angstig ambivalent gehechte kinderen.

Deze kinderen zoeken juist veel toenadering bij de moeder. Ook voeren ze nauwelijks zelfstandig activiteiten uit. Deze kinderen voelen de wereld aan als chaos en dus niet veilig. Dit kan komen door een gewelddadige thuissituatie of opgroeien in een oorlogsgebied. Wanneer de moeder weggaat, laat het kind verontrustend gedrag zien. Het kind gaat huilen en krijsen zonder einde. Het basisvertrouwen op de jonge leeftijd is dus niet gelukt. Maar wanneer de moeder terugkomt, zoeken ze toenadering en gelijk contact. Ze hangen bij de moeder om de nek of aan het been en slaan en trappen waar ze moeder maar kunnen raken. Het is aantrekken en afstoten. Ze willen bij je zijn en je aandacht hebben en continue je leven zuur maken. Op het ene moment hebben ze je nodig, op het andere moment zijn ze je liever kwijt dan rijk. In het eerste contact zijn deze kinderen echte allemansvriendjes, ze kruipen bij je op schoot en leggen zich tegen je aan. Eigenlijk moet je hier met een andere blik naar kijken dan als 'heerlijk' want dat een kind zo snel al bij je op schoot klimt bij het eerste contact is niet helemaal normaal. Een normaal ontwikkelde kleuter of basisschoolkind houdt enige afstand.

3. Gedesorganiseerde/gedesoriënteerde gehechte kinderen.

Bij deze kinderen is er sprake van een combinatie van gedrag. Het kind zoekt toenadering bij de moeder, maar dit levert wel stress op. Vaak is er dan sprake van een trauma. Je kan bij deze kinderen tegelijkertijd tegenstrijdig gedrag zien, bijvoorbeeld dat het kind wel toenadering zoekt, maar met de rug naar de moeder toe. Ze hebben ook vaak last van assymetrische bewegingen en onderbroken bewegingen. Ze kunnen zich stilhouden of verstarren bij het contact met de moeder. Het kan ontstaan doordat de moeder ook een verstoorde hechting had in haar jeugd. Als zij hiervoor niet in therapie is geweest, gaat de moeder reageren zoals zij het altijd ervaren heeft. Uit onderzoeken is naar voren gekomen dat milieu, mishandeling en misbruik ook factoren kunnen zijn die een gedesorganiseerde gehechtheid kunnen veroorzaken.

3 Hans van der Harm. 'Voor jou zeker...?'

De moeder heeft wel voor de veilige nabijheid gezorgd, maar de omstandigheden waren niet veilig.

Daardoor wordt de moeder een bron van troost maar ook gevaar, een tegenstrijdigheid die bij het kind verwarring veroorzaakt. Het kind wil dan zowel vluchten naar als naderen tot de moeder. De moeder ervaart liefde en genegenheid voor het kind, maar stress en spanning van de omgeving.

Naast deze 3 vormen van gehechtheid wordt er ook onderscheid gemaakt in veilige hechting en onveilige hechting.

Hechting vereist fysieke weerbaarheid van zowel ouder als kind en emotionele beschikbaarheid van zowel ouder als kind.

Wordt er aan beide vereisten voldaan dan spreekt men van een veilige hechting.

Het kind vindt bij zijn ouders hulp, geborgenheid en verzorging, zowel fysiek als emotioneel. Een goede gehechtheid tussen ouders en kinderen vormt de basis voor een kind om te groeien in zijn ontwikkeling. Een kind ervaart door een goede gehechtheid aan ouders een veilige haven in zijn leven. Die veilige haven zorgt ervoor dat een kind zich waardevol voelt en zich kan en durft te ontwikkelen. Als een kind een gehechtheidsrelatie heeft gevormd, hangt het voor een belangrijk deel van de sensitiviteit van de ouder af of de hechting veilig of onveilig zal zijn. Een ouder is sensitief als hij in staat is de signalen van het kind waar te nemen, te begrijpen en daar snel op weet te reageren. Een kind met een sensitieve ouder leert dat deze beschikbaar is in perioden van moeilijke situaties. Een veilige hechting is dus een kenmerk van de relatie tussen de ouder en het kind. Voor ouders is het niet altijd makkelijk om sensitief te reageren. Sommige kinderen hebben een moeilijk temperament zoals driftig, moeilijk in de omgang, verlegen, bang of geven signalen af die moeilijk te begrijpen zijn. Sensitief reageren biedt geen garantie op een veilige hechting. Een veilige hechting is wel een belangrijke voorwaarde voor een gezonde ontwikkeling. Van kinderen die een veilige hechting hebben weten op te bouwen, is bekend dat zij op latere leeftijd gemakkelijker vriendschappen sluiten en emotioneel stabiel zijn dan kinderen die onveilig gehecht zijn.

Onveilig gehechte kinderen hebben vaak een ouder die insensitief reageert op het gedrag van het kind. Insensitiviteit kan zich op 2 manieren uiten. Sommige ouders trekken weinig van hun kind aan, ze vinden dat hun eigen dingen op de eerste plaats komen en het kind op de tweede plaats. Soms reageren ze niet of erg laat op signalen die het kind afgeeft. Ze zijn vaak onverschillig, ongeïnteresseerd en tonen weinig affectie en liefde. Ook zijn er ouders die wel geïnteresseerd zijn in hun kind maar snel boos of agressief worden, snel straffen, zeer streng zijn en weinig rekening houden met de behoeften en gevoelens van het kind. Toch zijn er kinderen die zich veilig hechten, ondanks dat zij ouders hebben die insensitief reageren. Het kan ook andersom voorkomen, dat een kind zich onveilig hecht aan een ouder die sensitief op het kind reageert. De hereniging met de ouder na een moment van scheiding zorgt niet voor herstel van een gevoel van veiligheid. De gevoelens van deze kinderen zijn tegenstrijdig, omdat zij niet zeker weten of de ouder wel altijd beschikbaar is. De kinderen zijn vaak erg overstuurd als de ouder er niet is, maar laten zich niet troosten als de ouder is teruggekeerd. Ze zijn passief en ontroostbaar en willen opgetild worden. Zodra ze op de arm of op schoot zitten, willen ze ook snel weer neergezet worden, wat weer tot nieuw protest leidt.⁴

4 Giel Vaessen. Als hechten moeilijk is.

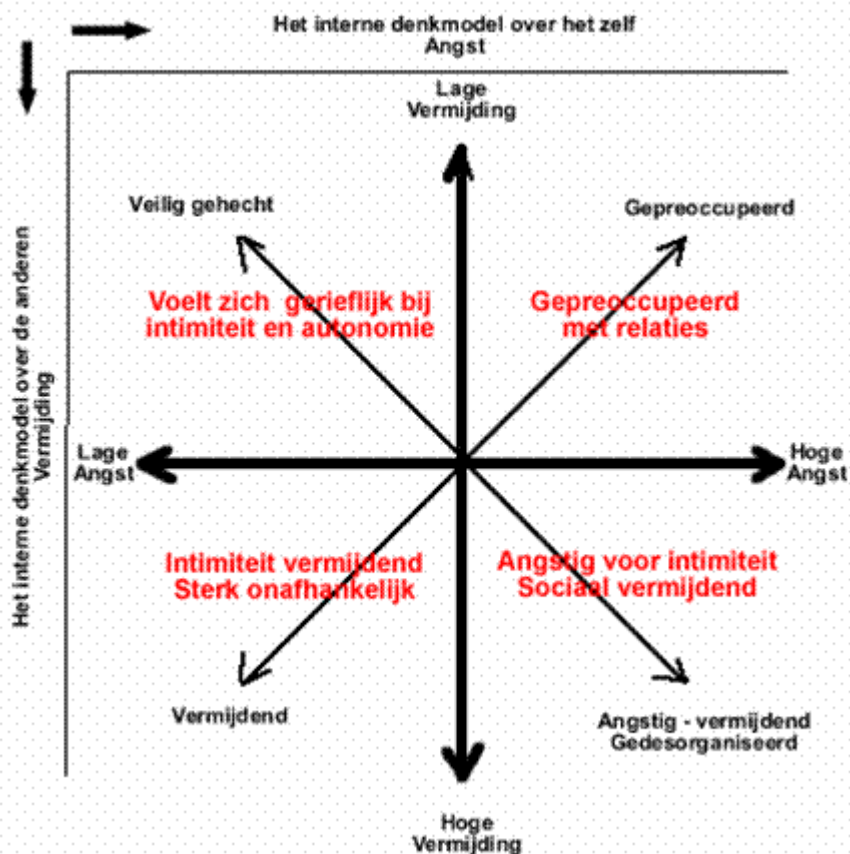
Ook kunnen er situaties voordoen waarbij kinderen ook na hereniging met de ouder een gevoel van onveiligheid houden. Deze kinderen vermijden het contact met de ouder en nemen nauwelijks een poging om toenadering te zoeken.

Een veilig gehecht kind houdt bijvoorbeeld erg van knuffelen, gaat graag op schoot zitten of heel hard gaat huilen als de ouder weggaat. Het kind zoekt toenadering en contact bij de ouder op het moment van hereniging. De nabijheid van de ouder zorgt ervoor dat het kind gerustgesteld wordt. Positieve ervaringen hebben het kind geleerd dat de ouder altijd beschikbaar is wanneer het zich angstig of verdrietig voelt.

Een onveilige hechting betekent niet dat het kind helemaal niet gaat huilen als de ouder weggaat. De gedragingen zeggen niets over de kwaliteit van de gehecht relatie.

Een kind dat zich niet veilig heeft gehecht kan bijvoorbeeld uitdagend en agressief gedrag vertonen of moeite hebben zich te concentreren op zijn werk en spel.

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



Bovenstaande afbeelding geeft weer hoe de veilige hechting is ten opzichte van onveilige hechting. Een veilig gehecht kind voelt zich gerieflijk bij intimiteit en autonomie. Een angstig-vermijdend gedesorienteerd kind is angstig voor intimiteit en vermijdt sociale contacten.

1.2 Hoe ontstaat hechtingsproblematiek?

Een hechtingsstoornis kan zich ontwikkelen in de eerste levensfasen van het kind; tijdens de zwangerschap, bij de geboorte en/of de vroegste fase. In veel gevallen kan er sprake zijn geweest van traumatische ervaringen. Een problematische zwangerschap, veel stress factoren, tijdelijke afwezigheid van de opvoeder, postnatale depressie, echtscheiding en het overlijden van een gezinslid kunnen oorzaken zijn in de beginfase van het kinderleven waarin een hechtingsstoornis zich kan ontwikkelen.

Een hechtingsprobleem kan ook veroorzaakt zijn door medische trauma's. Denk hierbij aan een gecompliceerde zwangerschap, zuurstof gebrek bij de geboorte, couveusetijd, langdurige ziekenhuisopnamen, en zeer ernstige medische ingrepen op jonge leeftijd.

Een hechtingsproblematiek kan ontstaan door onveiligheid in de eerste 3,4 jaar als de moeder niet beschikbaar en/of niet in staat het kind te beschermen.

Oorlogssituaties, huiselijk geweld, alcoholgebruik, drugs gebruik en uit huis plaatsing zijn oorzaken die hechtingsproblematiek kunnen veroorzaken.

Een andere oorzaak waardoor een hechtingsproblematiek kan ontstaan is adoptie en pleegzorg. Het kind moet zich immers opnieuw gaan hechten aan een voor hem nieuw persoon. Een hechtingsstoornis kan ook ontstaan door factoren die de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie beïnvloeden. De mate van een veilige of onveilige hechting hangt vooral af van de wijze waarop de ouder op het kind reageert. Hoe een sensitieve ouder op het kind reageert is beschreven in de vorige paragraaf.⁵

De responsiviteit wordt beïnvloed door een aantal factoren.

Factoren van de opvoeder:

- de beleving van het ouderschap,
- opvattingen, ideeën en kennis die samenhangen met de cultuur en omgeving waarin geleefd wordt,
- ervaringen uit de eigen jeugd en emotionele problemen.

Factoren bij het kind:

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

Externe factoren:

- uitstel van het eerste contact (zoals bij adoptie)
- opvang door derden (de aard en kwaliteit hiervan)
- spanningen,
- sociale ondersteuning.

Risicofactoren ouders en gezin:

- Als de ouders zelf onveilig gehecht zijn.
- De ouders hebben psychische problemen als verslaving of depressie.
- Postnatale depressie van de moeder.
- De ouders zitten zelf met onverwerkte emoties en gevoelens.
- Gespannen relatie tussen de ouders door mishandeling en geweld.
- Moeder heeft alcohol of drugs gebruikt tijdens de zwangerschap.
- Seksueel misbruik van het kind door ouders en/of omgeving.
- Verwaarlozing.

5 Hans van der Harm. 'Voor jou zeker...?'

- Het kind is ongewenst.
- Tienermoeders.
- Risicofactoren van de omgeving:
 - De ouders krijgen weinig tot geen steun uit de omgeving.
 - Als het gezin in een slechte woning of woonomgeving woont.
 - Als het gezin financiële problemen ervaart.
 - Als er op jonge leeftijd is gevlucht vanuit het moederland.
 - Op de vlucht moeten naar veiligheid door bijvoorbeeld oorlog, eerwraak of stalking van vader.
- De fysieke en psychische toegankelijkheid van de opvoeder.
- Geen juiste zorg op het kinderdagverblijf.
- Plotseling verlies van een ouder door sterfte of een ongeluk.

De hechtingsstoornis kan zich ontwikkelen uit angst. Er zijn verschillende soorten angst, allereerst de angst die met de geboorte is verweven. De oerangst dat je niet de voeding en koestering krijgt die je nodig hebt om te overleven. Een baby is immers volkomen afhankelijk van de zorg van zijn omgeving; vrijwel altijd de ouders. Deze oerangst voor afwijzing wordt ook wel doodsangst genoemd. Opvoeden heeft ook een vorm van afwijzen. Waar afwijzing is, ontstaat angst voor verlies van koestering die voor het kind een levensvoorwaarde is. Verlatingsangst is angst om alleen te zijn, bijvoorbeeld een kind in een box alleen in de kamer achterlaten, of de angst voor concrete afwijzing, als stilzwijgen of verwijtende blikken. Ook is er de scheidingsangst, wanneer het kind naar bed gaat of naar school gaat. De angst om te hechten van het kind kan soms leiden tot bindingsangst.

Wanneer de kwaliteit van de ouder-kind relatie slecht blijft, heeft het kind 8 keer grotere kans op het ontwikkelen van een hechtingsprobleem.⁶



1.3 Wie heeft er kans om een hechtingsprobleem te krijgen?

Een foetus die zich ongemakkelijk voelt in de baarmoeder heeft kans een hechtingsprobleem te ontwikkelen. Deze hechtingsstoornis wordt ook wel een relatiestoornis genoemd. Veiligheid en geborgenheid zijn twee voorwaarden voor een veilige hechting. Een ieder die deze voorwaarden niet ervaart kan een hechtingsprobleem ontwikkelen. De foetus voelt zich niet veilig waardoor er angstgevoelens ontstaan. Dit kan komen doordat de moeder emotionele spanningen doorstaat, fysiek en verbaal geweld pleegt of ondergaat. Omdat het ervaren van veiligheid een belangrijke voorwaarde is voor de ontwikkeling van de hersenen zal het welbevinden van de foetus negatieve invloeden hebben op de ontwikkeling.

Ook zijn er kinderen die lange tijd na de geboorte wel de veiligheid en geborgenheid ervaren. Deze kinderen beginnen met de ontwikkeling van een veilige hechting. Wanneer er door bepaalde redenen, (adoptie, ziekte, overlijden, verwaarlozing en mishandeling) tijdelijk of voor langere tijd geen veiligheid en geborgenheid door de ouder kan worden geboden, kan er ook een hechtingsstoornis ontstaan. Voor meer informatie van ervaringsdeskundigen verwijs ik naar de interviews. Echter kan een hechtingsstoornis niet ontstaan in een later stadium van het leven. De basishechting moet goed zijn. Is deze niet goed, ontstaat de problematiek.

De stoornis kan zich niet ontwikkelen als het kind 5 jaar of ouder is.

Kinderen met het KISS-Syndroom kunnen ook een hechtingsstoornis krijgen. Zij kunnen een hechtingsstoornis ontwikkelen doordat zij niet opgetild willen worden en hierdoor geen veiligheid en geborgenheid ervaren. Het KISS-Syndroom is een storing in de symmetrie. Het belangrijkste symptoom is het niet kunnen bewegen van het hogere deel van de nek. Dit geeft ernstige afwijkingen in het gedrag, ontwikkeling en de motoriek van het kind. Over het algemeen ontstaat dit bij de bevalling.



Voor pleeg- en adoptiekinderen kan opnieuw hechten heel moeilijk zijn. Deze kinderen worden uit hun vertrouwde omgeving weggehaald, bij de moeder die warmte geeft.

Als pleegkinderen in een nieuw pleeggezin worden geplaatst, wordt er afscheid genomen van de nog aanwezige ouders. Pleegkinderen hebben vaak een moeilijke tijd gehad in het gezin waar ze vandaan komen, waardoor het vertrouwen in de wereld en in zichzelf geschaad is. Het is voor deze kinderen moeilijker om mensen te gaan vertrouwen. Kinderen die geadopteerd zijn worden net als pleegkinderen uit de bekende omgeving weggehaald. Soms zijn de kinderen nog een paar weken oud, andere kinderen zijn al een jaar of 4 of soms zelfs 8. Hoe ouder het kind is wanneer hij wordt geadopteerd, hoe moeilijker het is om zich te gaan hechten in een nieuw gezin. Want hoe erg de situatie ook is geweest, kinderen houden altijd hun liefde voor hun biologische ouders.

Stiefkinderen kunnen ook problemen ervaren met de hechting met een nieuwe (stief) ouder. Wanneer de opvoeder een nieuwe partner krijgt is het niet vanzelfsprekend om een hechte band met deze partner op te bouwen. Het kind ziet de nieuwe partner als een concurrent in de relatie met de opvoeder. Wanneer de geboden liefde en acceptatie wordt afgewezen door het kind kan er geen veilige hechting ontstaan.

Kinderen die een traumatische ervaring hebben meegemaakt lopen risico op een hechtingsproblematiek. Kinderen met PTSS (Post Traumatisch Stress Syndroom) kampen vaak met hechtingsproblemen. Door een traumatische ervaring in hun leven is het vertrouwen in andere mensen weg. Ze durven zich niet aan nieuwe personen te hechten. Deze kinderen kunnen snel boos en opgefokt reageren op andere mensen en op situaties.

Een kinderdagverblijf kan ook nadelige invloed hebben op de hechting. Als een kind op jonge leeftijd al naar een opvang gaat, hecht het kind zich sneller aan de begeleider van de opvang dan aan de moeder. Het kind ziet de begeleider immers vaker dan de moeder.

Mensen die onzeker zijn, zich verwaarloosd voelen en psychoses hebben, hebben vaak een hechtingsproblematiek. Een voorbeeld hiervan is zijn mensen met borderline. "Mensen met borderline hebben altijd een hechtingsprobleem", aldus Lyda Groot.

Een gevolg van hechtingsproblematiek is geweld. Kinderen die zich thuis niet veilig voelen zoeken de veiligheid ergens anders. Vaak is dit de 'peergroup', wel te verstaan als vriendengroep.

Een vriendengroep is samengesteld uit jongeren van dezelfde leeftijd. Ze begrijpen elkaar en hebben dezelfde interesses. Een kind met hechtingsproblematiek heeft niet een veilige thuissituatie waardoor het kind dit gedrag kan overnemen. Dit uit zich dan op straat of binnen de vriendengroep.

Het kind heeft immers geen ander voorbeeld en weet niet beter.

Het gedrag dat hieruit voortkomt kan gewelddadig zijn of criminele gedragingen.⁷

7 Lyda Groot.

1.4 Wat zijn de symptomen van een kind met hechtingsproblematiek?

De symptomen die voortkomen van hechtingsproblematiek worden onderverdeeld in 4 groepen:

1. Emotionele problemen.
2. Gedragsproblemen.
3. Leerproblemen.
4. Gezins- en systeemsproblemen.

Hier volgt een overzicht van alle symptomen in een rijtje.

1. Emotionele problemen.

- Gedrag vertonen als een allemansvriend.
- Overdreven veel en lang oogcontact met anderen.
- Een gebrek aan contact.
- Afstand niet goed kunnen inschatten, dus te dichtbij staan.
- Vriendschappen zijn oppervlakkig. Weinig vaste relaties en vluchtige contacten.
- Matige vriendschappen van gelijkwaardig niveau of leeftijdsgenoten.
- Aantrekken en afstoten.
- Overdreven alert zijn.
- Kan moeilijk of geen liefde ontvangen van de ouders.
- Wanneer het kind liegt of manipuleert overdreven lang oogcontact.
- Vermijd oogcontact met de ouders.
- Geen zelfvertrouwen.
- Zoekt geen steun bij pijn of verdriet.
- Vraagt niet om hulp.
- Stelt veel onzinnige vragen om controle en aandacht te krijgen.
- Praat onzin.
- Voelt zich waardeloos, onveilig en nerveus.
- Geven aan slachtoffer te zijn zodat ze zelf geen verantwoording af hoeven te leggen.
- Geringe motivatie.
- Reageren sterk op veranderingen of nieuwe situaties.
- Automutilatie.
- Angsten.
- Geen verschil zien tussen toelachen en uitlachen.
- Dwangmatig gedrag.
- Geen verschil zien tussen positieve en negatieve aandacht.

2. Gedragsproblemen.

- Wreed zijn tegen dieren.
- Liegen en stelen.
- Eigen spullen kapot maken.
- Op zoek naar prikkelverhogend gedrag, zoals roken, drinken, drugs, seks en stelen.
- Obsessie voor geweld in video's.
- Gewelddadige tekeningen maken.
- Geen respect voor de grenzen van iemand anders.

- Alle aandacht willen opeisen.
- Hyperactief.
11
- Stoer doen.
- Geen controle over impulsen.
- Anderen de schuld geven van dingen als hij het zelf gedaan heeft.
- Streven primaire lusten na: eten, drinken, roken en snoepen.
- Controle houden over de situatie.
- Valse beschuldigingen maken van mishandeling en misbruik.
- Onzin vragen en verhalen.
- Worden snel boos en maken veel ruzie.
- Moeite hebben met regels, opdrachten en grenzen.

3. Leerproblemen.

- Geen oorzaak en gevolg kunnen bedenken.
- Slecht ontwikkeld empathisch vermogen.
- Faalt vaak bij taken.
- Problemen hebben met grammatica.
- Geen tijds- dag – en seizoens besef.
- Emotionele leeftijd is lager dan de kalenderleeftijd.
- Slechte concentratie.

4. Gezins- en systeemsproblemen.

- Abnormaal eetgedrag zoals hamsteren, eten stelen, opslokken of juist niet willen eten.
- Ouders lijken gespannen, vijandig of boos.
- Steeds in conflict met de ouders.
- Zich aansluiten bij verkeerde groep mensen.
- Slechte lichaamsverzorging.
- Heel veel make-up dragen.
- Vermoeidheid.
- Slaapproblemen.
- Hoge pijngrens.
- Bedplassen.
- Gevoelig voor bepaald soort kleding of merken.

Kinderen met deze symptomen kunnen onuitstaanbaar zijn.

Laat deze kinderen niet in de steek. Dit gedrag is een hele grote schreeuw om hulp, liefde, grenzen en aandacht. Neem het gedrag niet persoonlijk en ga op zoek naar professionele hulp. Achter dit zelfbepalende, stoere gedrag zit een onzeker, angstig en zich onveilig voelend kind. Een kind dat met dit gedrag zijn gevoelens probeert te overbluffen. Het faalt voortdurend, terwijl het wel zijn best doet om dingen goed te doen. Het weet niet hoe je op volwassen moet vertrouwen. En weet nog minder hoe het moet vertrouwen op zichzelf. De spanning die dit met zich meebrengt belemmert zijn ontwikkeling.⁸

Wat ik veel zie op mijn stage aan symptomen zijn het overdreven lang oogcontact houden wanneer een van de kinderen liegt. Zij gaan dan staren en kijken je strak aan. Hulp vragen doen ze ook niet. Ze zijn gewend om voor zichzelf te zorgen, ze moesten bij de ouders thuis overleven. Het stelen van dingen zie ik wekelijks. Vaak zijn het niet eens kostbare voorwerpen, maar de drang naar het stelen is erg aanwezig. Wanneer je een van de kinderen ergens op betrapt, is het altijd iemand anders zijn schuld. Ze zijn bang voor straffen en willen niet ergens voor opdraaien. Onzeker zijn en weinig zelfvertrouwen hebben heeft hier erg veel mee te maken. Veel van de kinderen gaan naar het speciaal onderwijs. Hun IQ is lager dan 'normaal' en hebben moeite met zich concentreren. Dit is duidelijk te zien wanneer zij huiswerk moeten maken. Ze zijn erg snel afgeleid en willen het liefst alles tegelijk klaar hebben.

2. Geschikte methodieken.

In dit hoofdstuk ga ik in op een aantal begeleidingsmethodieken voor kinderen met een hechtingsprobleem. Om kinderen met hechtingsproblemen te begeleiden zijn er veel verschillende begeleidingsmethodieken. Zo zijn er onder andere EMDR, neurofeedback, MTB, B&L-aanpak, Orthopedagogisch methodiekenmodel, de sociogroepsstrategie, VIB, inhaalstrategie en ouder-kind therapie. Ik heb een aantal van deze uitgekozen en deze verder uitgewerkt. In de volgende paragrafen leg ik uit welke methodieken er zijn, wat deze methodieken inhouden, hoe je de methodieken als hulpverlener kan toepassen en welke effecten de methodieken hebben op kinderen.

2.1 Welke begeleidingsmethodieken zijn er?

EMDR.

Dit is een therapie die veel gebruikt wordt. EMDR staat voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing en is een eerste-keus behandeling om nare ervaringen te verwerken.

Onder nare ervaringen verstaan wij traumatische ervaringen. Dit kan een auto-ongeluk zijn geweest, een geweldsmisdrijf of een schokkende ervaring als mishandeling.

De eerste versie van EMDR werd beschreven in 1989 door de Amerikaanse psychologe Francine Shapiro. In de loop der jaren werd de methode verder uitgewerkt tot een volwaardige therapeutische methode.

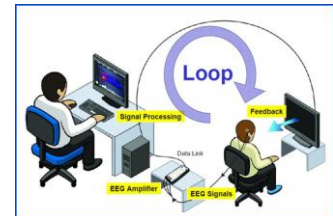
EMDR therapie bestaat uit een aantal sessies. Tijdens de sessie wordt aan de cliënt gevraagd om aan gebeurtenissen terug te denken inclusief de bijbehorende beelden, gevoelens en geluiden. Dit gebeurt om meer informatie te verzamelen over de traumatische ervaring. Hierna volgt het verwerkingsproces. De hulpverlener vraagt opnieuw om de gebeurtenissen voor de geest te halen, maar nu in combinatie met een afleidende stimulans wat de hand van de hulpverlener is. De cliënt moet zich op deze hand focussen die op ongeveer 30 centimeter afstand is. De hand beweegt heen en weer. Na elke set wordt er een pauze gehouden. Er wordt dan aan de cliënt gevraagd welke gedachten er naar boven komen. EMDR brengt een stroom van gedachten en beelden op gang, maar soms ook gevoelens. De cliënt wordt na elke set oogbewegingen gevraagd zich te concentreren op de meest opvallende verandering. Hierna volgt een nieuwe set.

In plaats van de bewegingen met een hand te doen, kan een koptelefoon ook gebruikt worden. Hierbij hoort de cliënt geluiden aan de linker kant en aan de rechter kant, afwisselend.⁹



Neurofeedback.

Dit is een training waarbij je hersengolven in balans worden gebracht, zodat je je beter kan concentreren, rustiger wordt en beter slaapt. Je doet het gewoon zelf; door een tijd lang een paar keer per week te komen oefenen met een computer programma. Van tevoren wordt onderzocht hoe jouw hersengolven gaan en of dit een verklaring is voor de klachten. Als dat zo is, wordt er getraind. Het trainen is in 2 blokken van 10 sessies. Neurofeedback kan vanaf ongeveer 6 jaar. Kinderen en jongeren hebben na de vaste blokken na verloop van tijd vaak wat herhaalsessies nodig om het effect goed vast te houden.¹⁰



Mentaliseren bevorderende therapie.

Mentaliseren Bevorderende Therapie (MBT) is ontworpen voor de behandeling van cliënten die het moeilijk vinden om te gaan met intieme relaties of onveilige situaties. Zij reageren met controleverlies, middelengebruik en zelfbeschadiging. Ze kunnen het vermogen verliezen om zich beweegredenen te kunnen voorstellen achter gedragingen en uitingen van anderen en zichzelf. Dit gebeurt onder stress en in relaties met anderen. Het kan leiden tot agressie, paniek, dissociatie, middelenmisbruik, zelfbeschadiging en suicidaliteit, wat weer een hoge lijdensdruk geeft voor betrokkene en omgeving.

Het doel van Mentaliseren Bevorderende Therapie is dat de cliënt ontdekt hoe hij over zichzelf en anderen denkt, wat hij daarbij voelt en hoe dat zijn reacties op anderen bepaalt. Daarbij natuurlijk ook vermindering van zelfdestructief gedrag, verbeteren van sociaal functioneren en de afhankelijkheid van opnamen verminderen. De cliënt stelt hier zelf zijn doelen voor.

De ambulante therapie bestaat uit 1,5 uur per week groepspsychotherapie en 45 minuten individuele therapie, zo nodig met een medicatiecontact. De behandeling duurt maximaal 18 maanden.

Een zwaardere vorm van therapie is Ambulant Intensief. De therapie bestaat uit 2 x per week 1 uur groepspsychotherapie, 45 minuten individuele therapie, eens per twee weken structurerende begeleidingsgesprekken zo nodig met een medicatiecontact.

De behandeling duurt maximaal 18 maanden.

In de driedaagse deeltijdbehandeling neemt de cliënt deel aan een vast therapieprogramma dat bestaat uit verschillende groepstherapieën zoals psychotherapie, creatieve therapie en cognitieve therapie. Daarnaast heeft de cliënt wekelijks psychotherapiegesprekken en structurerende begeleidingsgesprekken.

De behandeling duurt maximaal 18 maanden.

De B&L-aanpak.

Kinderen kunnen soms heel negatief gedrag vertonen, ze halen het bloed bijna onder je nagels vandaan. Je kan de neiging krijgen om te schelden, te schreeuwen en te slaan.

Wat doe je als je bijna staat te huilen en te trillen en een schuldgevoel krijgt?

De B&L-aanpak is een gebruiksaanwijzing die de opvoeder helpt om uit die negatieve spiraal te krijgen. De stappen zijn heel simpel.

1. Neem een klein boekje dat je steeds bij de hand kan houden. Een boekje voor jou en een voor je partner.
2. Schrijf gedurende 1 week elk gedrag op dat je irriteert. Geef daarbij ook een uitleg waarom het gedrag zo is.
3. Wat niet mag zijn irritante tips of adviezen van je familie. Houd het boekje helemaal voor jezelf.
4. Wanneer jullie het gevoel hebben dat echt alles is opgeschreven maken jullie een onderverdeling in 2 kolommen. De ene kolom is voor de belangrijke problemen en de andere is voor de lastige problemen. Als het overleg met je partner niet goed gaat, kan de gezinsbegeleider helpen.

Belangrijke problemen zijn dat de gedragingen de ontwikkeling van het kind zwaar belemmeren.

Lastige problemen zijn wanneer het gedrag heel irritant is, maar de ontwikkeling van het kind niet wordt belemmerd. Wiebelen op een stoel en smeken vallen onder lastig.

Belangrijke problemen: < 10%

- slaan en trappen
- niet in eigen bed slapen

lastige problemen: >90%

- wiebelen op de stoel
- smeken
- steeds van tafel opstaan
- de kamer niet netjes opruimen
- je jas steeds onder de kapstok gooien.

Beide opvoeders moeten het met elkaar eens zijn of de gedragingen onder belangrijke problemen vallen of onder lastige problemen, anders is het nutteloos. Het kind zal dan niet weten naar wie hij moet luisteren en zal dus doen wat hem het beste uitkomt.

Een ambulante begeleider kan hierbij helpen. Als de opvoeders het niet eens zijn over een bepaald gedragsprobleem, dan zet je het in de kolom van belangrijk probleem.

Meer dan 90% van alle gedragingen zijn lastig en minder dan 10% zal echt belangrijk zijn. Deze aanpak is ook toepasbaar op mijn stage. Het is simpel en er hoeft geen professional aan te pas te komen.

11

Fasetherapie en differentietherapie.

Bij deze behandeling wordt er op de ontwikkeling van het gehechtingsgedrag gericht.

Het kind kan niet onderscheid maken tussen verschillende volwassenen. De wereld van het kind is hierdoor onbegrensd. Het kind kent namelijk niet de geborgenheid van ouders waardoor zijn wereld begrensd wordt. Onderscheid maken tussen volwassenen is een

voorwaarde voor het zich kunnen hechten. Op deze vaardigheid richt zich de behandeling. Bij differentietherapie wordt een kind of jongere gestimuleerd allerlei details te gaan voelen. Zacht, warm, koud, zout, zoet enzovoort. Bij hechtingsproblemen is contact met deze waarnemingen vaak afgestompt, omdat het ook pijnlijke dingen naar boven kan laten komen of niet voldoende ontwikkeld zijn. In de thuissituatie wordt in deze periode aandacht besteed aan een stabiele omgeving en het inperken van eventuele gedragsproblemen.

In de psychotherapeutische sessies wordt het differentiatieproces gestart.

Dit gebeurt door middel van:

1. De eefase: differentiatie op de tong. In de speelkamer, waar de behandeling van kinderen plaatsvindt, is een winkeltje met kleine laden. Die laatjes bevatten verschillende etenswaren van verschillende substantie: hard, zacht, knapperig, smeltend.

De etenswaren worden gekocht, 'gekookt' en gegeten. De therapeut verwoordt wat er gegeten wordt in de zin wat het eten doet op de tong: bijvoorbeeld smelten of moeten kauwen.

De begrenzing ligt in deze fase ten eerste in de begrensde situatie: gedekte tafel, samen eten. Ten tweede is de regel dat maar één keer per sessie gegeten wordt.

Daarnaast gelden de begrenzingen van de speelkamer zoals tijdsduur en omgaan met materiaal. Vanaf het begin staat de differentiatie in dienst van de relatie: verdelen van eten, gesprekjes aan tafel. Dit is een opbouw, de gesprekjes vormen het begin van de tweede fase.

2. Differentiatie van het gevoel: gedurende het hele proces wordt hieraan aandacht besteed. In de eefase wordt een begin gemaakt, aanvankelijk door niet meer dan even enkele gevoelens aan te stippen (zoals leuk, vervelend, vrolijk), maar gaande weg steeds meer (boosheid, verdriet, blijdschap, alleen voelen).

3. De zorgfase: differentiatie in de aard van het samen doen, bijvoorbeeld leuke dingen en noodzakelijke dingen zoals opruimen en afwassen. Hierbij zit het element van het samen zorgen voor 'onze' spullen.

4. Differentiatie van het gevoel in de handen: Sensopathisch spel met water en zand. Deze fase volgt op de eefase en is een vervolg van wat concrete differentiatie genoemd kan worden, het is tastbaar. De begrenzing is hierbij eveneens concreet (net als bij de eefase): zand in de zandbak, water in de waterbak.

Na de differentietherapie kan worden gestart met fasetherapie. Met kinderen en jongeren wordt per levensfase (baby, peuter, kleuter, basisschool) uitgezocht wat je nodig hebt. Hierna mogen kinderen dit met hun ouders of verzorgers huiswerkopdrachten na spelen. Op speelse wijze wordt er bijvoorbeeld per dag tien minuten gewerkt in een sfeer van "samen zijn". Vaak is het in te passen in gewoontes die al bestaan, maar die nu een extra accent krijgen. Door de structuur van de therapie is het voor zowel kinderen als ouders veilig uit te voeren. Ervaringen worden in de therapie uitgewerkt.

Met ouders of verzorgers is regelmatig contact. Het kind doet ervaringen van nabijheid op.

Differentiatie- & Fasetherapie is therapie die veel inzet vraagt van kind/jongere, ouders/verzorgers en hulpverlener. De therapie duurt (afhankelijk van de leeftijd van het kind of jongere) enige maanden tot een jaar. In de begin fase zijn contacten regelmatig.¹²

2.2 Welk effect hebben de methodieken?

EMDR.

De therapie zal er toe leiden dat de herinnering zijn kracht en emotionele lading verliest. Het wordt dus steeds gemakkelijker aan de oorspronkelijke gebeurtenis terug te denken. In veel gevallen veranderen ook de herinneringsbeelden zelf en worden ze bijvoorbeeld waziger of kleiner. Maar het kan ook zijn dat minder onprettige aspecten van dezelfde situatie naar voren komen. Een andere mogelijkheid is dat er spontaan nieuwe gedachten of inzichten ontstaan die een andere, minder bedreigende, betekenis aan de gebeurtenis geven. Deze effecten dragen ertoe bij dat de schokkende ervaring steeds meer een plek krijgt in de levensgeschiedenis van de persoon. Het kan zijn dat de cliënt de eerste drie dagen moe is na de behandeling of dat de behandeling nog doorwerkt. Vaak verdwijnt dit weer na een paar dagen. Er kunnen ook nog nieuwe beelden naar voren komen. Het is aan te bevelen deze beelden op te schrijven. Dit kan dan weer in de volgende sessie behandeld worden.

EMDR wordt door vele cliënten als positief ervaren. Positief in de zin dat het helpt met het verwerken van traumatische ervaringen. EMDR wordt ook ingezet wanneer sprake is van een 'burn-out'.¹³

Neurofeedback.

Over deze therapie is weinig informatie te vinden wat betreft de resultaten van onderzoeken. Om meer te weten te komen over welke effecten neurofeedback heeft, heb ik verschillende instanties benaderd. Zie hiervoor de bronnenvermelding. Vele hiervan konden mij niet echt antwoord geven op mijn vraag. Wel is bekend dat neurofeedback de cliënt stressbestendiger maakt, de concentratie neemt toe, de cliënt voelt zich fitter en slaapt beter. Ook de prestaties op school en werk worden duidelijk beter. De cliënt zal meer balans ervaren in zijn leven.¹⁴

Mentaliserend bevorderende therapie.

Kinderen en volwassenen die deze behandeling volgen, leren zichzelf en anderen te zien vanuit de belevingswereld van de ander. Ze leren niet alles vanuit zichzelf te bekijken en op zichzelf te betrekken. Op deze manier wordt geleerd om beter om te gaan met de vaak heftige emoties.

De therapie is gericht op het versterken van het mentaliserend vermogen.

De therapie maakt deel uit van veel reguliere behandelingen. Als aparte therapie wordt het met name geboden aan jongeren en volwassenen met ernstige hechtingsproblematiek of een borderline persoonlijkheidsstoornis. Zelfmoordpogingen en zelfbeschadiging nemen sterk af dankzij het volgen van deze therapie. De nadruk ligt op het begrijpen van zichzelf en anderen in het hier en nu en niet zozeer op het verwerken van het verleden.

Het proces van mentaliseren wordt in gang gezet door het spiegelen.

Als er adequaat gespiegeld wordt, dan worden de indrukken en de ervaringen van het kind

13 Psy-Zo Groningen.

14 Hersenfabriek Zwolle en Groningen, Neurofeedback Instituut, Hersencentrum Alkmaar en Amsterdam.

geïntegreerd. Het kind leert daardoor ook wat er van hem verwacht wordt. Het kind leert dat hij boos mag zijn, maar kapotmaken mag niet. Het kind is daardoor in staat om te weten wat de ouders denken en vinden over hem en zijn gedrag.¹⁵

De B&L-aanpak.

Beloon je gedrag consequent, dan neemt het toe. Bestraf je gedrag consequent, dan neemt het af. Als je het goed toepast, werkt het. Vaak wordt ongewenst gedrag genegeerd. Wat het kind dan leert: ga lang genoeg door, want dan krijg je toch reactie. Bijvoorbeeld een kind dat om een ijsje zeurt en de vader geeft als antwoord dat het kind het niet krijgt. Het kind zeurt door en de vader besluit het kind te negeren. Na zes keer is de vader het wel zat en zegt: "voor deze keer, maar wel de laatste keer."

Het kind heeft nu geleerd dat na vijf keer zeuren de kans groot is dat het zijn zin krijgt. Volgens het boekje kan negeren helpen, maar in de praktijk werkt het vaak anders. Wanneer de ouder kiest om het kind te belonen of te straffen, moet de ouder het gedrag erbij wel benoemen. Anders weet het kind niet waar het aan toe is. Met opmerkingen als "je bent een vervelend kind" kan het kind niks mee. Benoem wat er vervelend is. Zo'n dergelijke opmerking werkt alleen extreem vernietigend. Val nooit aan op de persoon. Het gaat erom dat het kind er iets aan heeft, dat staan centraal.¹⁶

Fase en differentietherapie.

Door deze therapie te volgen, leert de cliënt hoe hij/zij de hechting en het vertrouwen weer kan oppakken met de betrokkenen. Door oefeningen te doen tijdens de sessies ervaart de cliënt hoe een stabiele omgeving is. Ouders van kinderen met hechtingsproblemen die deze therapie volgen, leren hoe zij kunnen omgaan met het kind met hechtingsproblemen. Het basisvertrouwen weer op te bouwen, beschikbaar zijn en voorspelbaar zijn voor het kind. De therapie bestaat uit verschillende fasen wat er voor kan zorgen dat de therapie langdurig is. Er is voldoende tijd om de problematiek te herstellen.¹⁷

15 Lyda Groot.

16 Giel Vaessen. "Voor jou zeker...?"

17 Jan de Vries. Zo Zorg oplossingen.

3. Op welke wijze kan de pedagogisch medewerker een bijdrage leveren aan de ondersteuning van kinderen met hechtingsproblematiek?

Antwoord op de onderzoeksvraag.

In dit hoofdstuk richt ik mij vooral op het werk van de pedagogisch medewerker in plaats van op het werk van een professional. Omdat wij worden opgeleid als pedagogisch medewerker en je op je werk te maken kan krijgen met hechtingsgestoorde kinderen, is het van groot belang om te weten hoe jij je als hulpverlener opstelt naar deze kinderen. Je moet informatie hebben van de problematiek en kennis hebben over het begeleiden.

3.1 Hoe begeleidt de pedagogisch medewerker kinderen met hechtingsproblematiek?

In alle gedrag van het kind met hechtingsproblemen is angst en onveiligheid te herkennen. Sommige kinderen vluchten in de drank of drugs om de waarheid te ontwijken. De confrontatie durven ze vaak niet aan. In de persoon van pedagogisch medewerker moet dan ook 'het bieden van veiligheid' centraal staan. Hiernaast vormen de kinderen een ander belangrijk aspect in hun leven, namelijk het vertrouwen. Het vertrouwen in zichzelf en in de wereld ontbreekt. De pedagogisch medewerker moet ook vertrouwen creëren in het begeleiden. Als begeleider moet je je eigen grenzen kennen en deze ook kunnen stellen. Je bent een voorbeeld voor het kind. De grens die je hebt is ook de veiligheid voor het kind. Onbegrensdheid is onveiligheid.

De pedagogisch medewerker is echt en betrouwbaar. De kinderen zijn zo beschadigd, en daardoor heel voorzichtig in het aangaan van relaties. Niet 'echt' zijn in de relatie, zoals gemaakt aardig zijn, wordt vaak gezien als onbetrouwbaar. Onbetrouwbaar is onvoorspelbaar en dat is onveilig.

Kinderen hebben erg veel behoefte aan (emotionele) veiligheid en voorspelbaarheid. De pedagogisch medewerker kan dit bieden door structuur aan te brengen in de dag. Denk hierbij aan vaste momenten voor activiteiten, douchen, eten en naar bed gaan. Ook is er duidelijkheid over waar de activiteiten plaatsvinden en in welke vorm deze plaatsvinden. Een betrouwbaar klimaat is een veilig klimaat.

Als begeleider zal je moeten kunnen omgaan met fysieke en seksuele kenmerken van de problematiek van het kind. Hechtingsproblemen kunnen namelijk leiden tot een verstoord lichaamsbesef en een verstoorde beleving van seksualiteit en intimiteit. Als begeleider moet je hier op een adequate manier mee omgaan. Dat betekent dat je ook hierin een voorbeeld bent voor het kind. Angstig of ontwijkend reageren kan verwarring opleveren bij het kind. Door zelf goed gedrag te vertonen en een voorbeeld te zijn voor het kind, laat je zien dat 'mooie woorden' omgezet kunnen worden in gedrag. Een begeleider die schreeuwend vraagt om normaal te communiceren is net zo ongeloofwaardig als een begeleider die schreeuwt om respect, maar het zelf niet geeft.

Als begeleider reageer je sensitief en responsief, afgestemd op de behoefte en de mogelijkheden van het kind. Je moet kunnen inschatten waar het kind behoefte aan heeft en op deze behoefte inspelen. Als het kind jou kan vertrouwen hierop, geeft dat veiligheid. Je herkent en creëert situaties. Je biedt kansen op ontwikkeling.

20

Wat belangrijk is, is dat je je realiseert dat je in een team werkt. Je moet kunnen samenwerken en communiceren. Afspraken zijn er om ook na te komen en staan altijd in het belang van het kind. Hiernaast moet je zelfstandig beslissingen kunnen nemen, werkzaamheden plannen en daar de verantwoordelijkheid voor dragen en afleggen. Als begeleider heb je ook contacten met andere betrokkenen. Denk aan de ouders en andere hulpinstanties. Ga op een respectvolle manier met ze om. Ook zal je gesprekken gaan voeren waarin je goed nieuws moet vertellen of slecht nieuws moet vertellen. Gesprekken voeren met het kind vraagt om inlevingsvermogen en de juiste nabijheid. Zakelijk benaderen is vaak de beste manier.

Wat eigenlijk het aller belangrijkste is, is observeren. Observeren is alles. Goed kijken is zo belangrijk. Wanneer je je observaties rapporteert, maak dan onderscheid tussen hoofd- en bijzaken en interpretaties. Denk aan de privacy van de cliënt en je manier van schrijven.

Van de pedagogisch medewerker vraagt het begeleiden kennis van achtergronden van de behandeling van hechtingsproblemen, en de vaardigheden om dit te vertalen naar de praktijk waarin je handelt.¹⁸

**STILSTAAN
BIJ JE
HANDELEN
IS
VOORUITGANG**

Loesje

3.2 Gaat een hechtingsprobleem over? Antwoord op de deelonderzoeksvraag.

Een goede behandeling voor kinderen met een hechtingsstoornis moet er heel anders uitzien dan een 'traditionele behandeling'. De traditionele behandeling is gesprekken voeren tussen therapeut en het kind. Maar omdat het kind anderen niet durft te vertrouwen, heeft de traditionele behandeling weinig zin. De behandeling moet confronterend zijn naar het kind toe, en indringend. Maar ook moet hij liefdevol en ondersteunend zijn. Voor ouders is het heel moeilijk om te bepalen hoe ze deze kinderen het beste kunnen opvoeden. 'Normaal' opvoeden is voor kinderen met een hechtingsstoornis niet goed genoeg. Ook kunnen ouders niet opvoeden volgens hun instinct. Een kind leert niet van eerdere ervaringen. Dus als het gisteren iets fout heeft gedaan, zal hij dat vandaag weer doen. Ook kan het kind de ouders expres tegen elkaar opzetten.

Het is niet makkelijk om van het gezin weer een liefdevol gezin te maken, omdat het kind altijd de controle zou willen behouden en ook afhankelijk is van zijn ouders. Als er gewerkt wordt aan de risicofactoren en beschermingsfactoren, kunnen veel moeilijkheden die het gezin heeft, weggenomen worden.

De problematiek kan je nooit helemaal voor het kind wegnemen. Je kan er wel mee leren leven en mee leren omgaan.

Tips voor ouders met een kind met hechtingsstoornis.

- Je kind kan zich bedreigd voelen door gezinsleden. Ook kan hij bang zijn voor diepgaande relaties. Probeer daarom je kind afstandelijk te benaderen (zakelijk)
- Je kind heeft geen goed ontwikkeld geweten, daarom is het beter om niet op zijn schuldgevoel in te werken. Je kind zal niet goed weten hoe het erop moet reageren en dat kan leiden tot gedrag dat je juist niet wilt zien.
- Het is belangrijk dat je kind doorkrijgt dat je er voor hem bent en dat je te vertrouwen bent. Dreig daarom nooit met straffen die je niet kunt nakomen.
- Probeer juist om complimentjes te geven, zodat het meer zelfvertrouwen krijgt.
- Doordat je kind snel afgeleid kan zijn, zal het niet alles onthouden van wat je zegt. Blijf je kind daarom duidelijk vertellen wat je van hem/haar wilt. Je kind kan in de war raken als dingen niet goed zijn uitgelegd. Bereid daarom ook onverwachte verrassingen of gebeurtenissen goed voor.
- Zorg als ouders in de eerste plaats voor jezelf, alleen dan ben je sterk genoeg om voor je kind te zorgen.
- Geef je kind nooit het voordeel van de twijfel! Je kind zal veel rare gedachten hebben en die ook vertellen. Vaak lijken ze onschuldig, maar pas daarvoor op!

Je kind kan die gedachte zomaar tot uitvoer brengen.

5. Bijlagen.

Bijlage 3: Bronnenvermelding.

- Marno Duursma. Adoptiecoach. Persoonlijk contact.
- Jan de Vries. GZ-Psycholoog bij Zo Zorgoplossingen. Contact gehad via de e-mail.
- Lyda Groot. Voorzitter LOGA, Landelijke Organisatie Gezinsproblematiek Adoptie.
- Telefonisch contact.
- Esther Groenewegen. Ervaringsdeskundige en auteur van een boek: 'Als hechten niet vanzelf gaat'. Contact gehad via de e-mail.
- Frederique de Swart. Geeft voorlichting over emotionele kindermishandeling. Contact gehad via de e-mail.
- Psychologen Praktijk Buitenpost. Contact gehad via de telefoon.
- Hersenfabriek Zwolle en Groningen. Telefonisch contact.
- Neurofeedback Instituut Nederland. Telefonisch contact.
- Hersencentrum Alkmaar en Amsterdam. Telefonisch contact.
- Psy-zo Groningen. Telefonisch contact.

6. Literatuurlijst

- Hans van der Harm. Voor jou zeker...?! Over gehechtheid en basisvertrouwen. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten/Diegem, 2002.
- Giel Vaessen. Als hechten moeilijk is. De rode draad uit het verleden. Garant. 2004.
- Anniek Thoomes-Vreugdenhil. Hechtingsproblemen bij kinderen. Uitgeverij LannooCampus, 2012.
- Inzichtgevende therapie door Drs. G.W.Abma. 2006.
- Esther Groenewegen. Monster in de klas.



