

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	4
1.1. Keuze doelgroep en thema	4
1.2. Onderzoeksvragen en de inhoud van mijn afstudeeropdracht	4
1.2.1. Onderzoeksvragen.....	5
Hoofdstuk 2 Onveilige hechting, hechtingsstoornis en hulpverlening	6
2.1. Onveilig gehecht en jeugdhulpverlening	6
2.1.1. Risicofactoren onveilige hechting	6
2.1.2. De mogelijke gevolgen en gevolgen van onveilige hechting.....	6
2.1.3. Onveilige hechting en preventie	7
2.1.4. Hechtingsstoornis en onveilige hechting	7
2.1.5. Onveilig gehecht en jeugdhulpverlening	7
2.2. Hechtingsstoornis en Jeugdhulpverlening	8
2.2.1. Voorzieningen binnen de jeugdhulpverlening.	8
2.2.2. Behandel mogelijkheden en therapie hechtingsstoornis in de jeugdhulpverlening.	9
Hoofdstuk 3 Hechtingsproces	10
3.1. Hechtingstheorie John Bowlby	11
3.2. Hechtingsprocessen volgens verschillende psychologenFout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
3.3. Hechtingsproces en hechtingsstoornis	12
Hoofdstuk 4 Hechtingsstoornis en het Geen-Bodem-Syndroom	11
4.2 Geen Bodem-Syndroom	15
4.2.1. Aanleiding tot de theorie	15
4.2.2. Voorgeschiedenis van het Geen-Bodem-Syndroom.....	15
4.2.3. Kenmerken van het Geen Bodem Syndroom	15
4.3. Hechtingsstoornis en het Geen-Bodem-Syndroom	19
Hoofdstuk 5 Begeleiding	20
5.1. Jeugdhulpverlening en begeleiding	20
5.2. Hechtingsstoornis en begeleiding	20
5.2.2. Begeleidingsadviezen	22
Hoofdstuk 6 Kinderen met een hechtingsstoornis in een jeugdhuis	23
6.1. Casus	23
6.1.2. Wat te doen met deze casus	24
6.2. Interview met een (ervaring) deskundige	24
6.3. Interview met een moeder	26
Hoofdstuk 7 Leefklimaat, interventietechnieken, preventieactiviteiten ...	28
7.1. Leefklimaat	28
7.1.1. Vervolg casus hoofdstuk 6.....	28
7.1.2. Leefklimaat.....	28
7.1.3. Overeenkomsten en verschillen vanuit de theorie en vanuit de interviews.	31
7.2. Interventietechnieken	31
7.2.1. Vervolg casus hoofdstuk 6.....	31
7.2.2. Interventies	31
7.2.3. Overeenkomsten en verschillen vanuit de theorie en vanuit de interviews	32
7.3. Preventieactiviteiten	32
7.3.1. Vervolg casus hoofdstuk 6.....	32
7.3.2. Preventieactiviteiten.....	33

7.3.3. Overeenkomsten en verschillen vanuit de theorie en vanuit de interviews.	34
Hoofdstuk 8 Profielwerker, interdisciplinair werken en aanbevelingen ...	35
8.1 Profielwerker	35
8.1.1. Casus: vervolg casus hoofdstuk 6.	35
8.1.2. Profiel woonbegeleider.....	35
8.1.3. Overeenkomsten en verschillen vanuit de theorie en vanuit de interviews.	37
8.2. Interdisciplinair werken	38
8.3. Aanbevelingen	38
Hoofdstuk 9 Stellingen	41
Hoofdstuk 10 Evaluatie	41
Literatuurlijst	42

Voorwoord

Voor u ligt een afstudeeropdracht over kinderen met een hechtingsstoornis. Deze afstudeeropdracht is gemaakt door Josina van Arnhem. Ik ben op dit moment bezig met het afronden van SPW 4, bij deze afronding hoort een afstudeeropdracht. De opleiding SPW 4 volg ik volgens het BBL-traject; leren en werken. Ik werk in de verstandelijk gehandicaptenzorg, wooncentrum "de Akker" in Bodegraven.

Omdat ik me verdiepen wil in een andere doelgroep, heb ik het onderwerp hechtingsstoornissen bij kinderen gekozen. Deze afstudeeropdracht is gemaakt met het doel om duidelijkheid te krijgen over hechtingsstoornissen en het beschrijven van een goede begeleiding voor kinderen met een hechtingsstoornis in een jeugdhuis. Veel informatie over hechtingsstoornissen heb ik kunnen vinden in boeken van verschillende orthopedagogen, zoals H. van der Ham en G. de Lange.

In de begeleidingsadviezen, in de vorm van leefklimaat, interventies en preventieactiviteiten etc., heb ik mijn eigen visie en ideeën verwoord.

Deze begeleidingsadviezen kunnen ook gebruikt worden voor kinderen met een hechtingsstoornis die nog thuis wonen. Het kind hoort eigenlijk thuis in plaats van in een tehuis.

Ik wil degene die een bijdrage hebben geleverd om tot deze afstudeeropdracht te komen hartelijk bedanken.

Rita Hendriks- Wouda, van Algemene Landelijke Vereniging De Knoop, wil ik bedanken voor het vrijmaken van tijd voor een interview en het beantwoorden van de vele vragen. Moeder van twee kinderen met kenmerken van het Geen-Bodem-Syndroom waar ik een gesprek mee heb gehad; bedankt voor het vertrouwen en de adviezen die u mij gaf in het gesprek.

Ik wil mevrouw van Vliet bedanken voor het adviseren en het begeleiden van mij tot het maken van deze afstudeeropdracht.

Ik wens u, die deze afstudeeropdracht leest, veel leesplezier. Ik hoop dat het een bijdrage levert aan het verbeteren van de begeleiding voor kinderen met een hechtingsstoornis.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1. Keuze doelgroep en thema

Door het boek van Geertje van Egmond te lezen over het Geen-Bodem-Syndroom werd mijn aandacht en interesse gewekt om mijn afstudeeropdracht over hechtingsstoornissen te schrijven. Het Geen-Bodem-Syndroom is een hechtingsstoornis bij geadopteerde kinderen. Ik richt me niet alleen op het Geen-Bodem-Syndroom, maar ook op andere vormen van hechtingsstoornissen. Alle vormen komen namelijk voor in de jeugdhulpverlening. Mij gaat het er in deze afstudeeropdracht om, naast een gedeelte theorie, een gedeelte neer te zetten over de begeleiding van deze kinderen. Dit zal ik ook doen als ik de theorie ga koppelen aan de praktijk.

Mijn aandacht en interesse werd gewekt door de manier waarop Geertje van Egmond over haar dochter, met deze problematiek, schreef. In haar boek schrijft ze niet alleen over de kenmerken, maar ook over de weg naar en in de hulpverlening. Als ik in de jeugdhulpverlening in een instelling, als woonbegeleidster, ga werken, kom ik deze kinderen ook tegen. Belangrijk is het dan om te weten wat een hechtingsstoornis inhoudt en wat voor gedragskenmerken er zijn. Geertje schrijft ook in haar boek dat veel hechtingsstoornissen op elkaar lijken. Mijn afstudeeropdracht heeft als titel: hechtingsstoornissen bij kinderen. In hoofdstuk 1.2. kunt u lezen wat er verder in mijn afstudeeropdracht aan de orde komt.

1.2. Onderzoeksvragen en de inhoud van mijn afstudeeropdracht

In hoofdstuk 1.1. staat het onderwerp beschreven waarover ik mijn afstudeeropdracht schrijf, hechtingsstoornissen bij kinderen, daarnaast heb ik mij verdiept in het Geen-Bodem-Syndroom, omdat dit ook een vorm van een hechtingsstoornis is. Mijn hoofdonderzoeksvraag luidt als volgt: welke hechtingstoornissen zijn er en wat houden deze hechtingsstoornissen in?

Hieronder wordt beschreven, vanuit welke andere onderzoeksvragen ik deze afstudeeropdracht opgebouwd heb.

In hoofdstuk 2.1. ga ik eerst in op het begrip 'onveilig gehecht en jeugdhulpverlening'. Mijn onderzoeksvraag hierbij luidt dan ook: lopen kinderen die niet gezond gehecht zijn een verhoogd risico om in de jeugdhulpverlening te komen? Ik beschrijf hierbij wat een onveilige hechting inhoudt, wat de risicofactoren zijn en wanneer je een hechtingstoornis ontwikkelt. Door een onveilige hechting kan je een hechtingsstoornis ontwikkelen als er niet vroegtijdig wordt ingegrepen door de (jeugd)hulpverlening.

In hoofdstuk 2.2. schrijf ik over kinderen die een hechtingsstoornis hebben en die te maken krijgen met de jeugdhulpverlening. Mijn onderzoeksvraag hierbij is: Wat zijn de behandelmogelijkheden van kinderen met een hechtingsstoornis in de jeugdhulpverlening?

In dit hoofdstuk wordt ook beschreven wat voor soort instellingen er zijn die te maken hebben met kinderen met een hechtingsstoornis.

In hoofdstuk 3 wordt het hechtingsproces beschreven. Mijn onderzoeksvraag luidt hierbij: hoe verloopt het hechtingsproces bij een 'normaal' kind? Belangrijk is te weten, hoe het hechtingsproces verloopt, je kan dan ook begrijpen, wat er precies verkeerd gegaan is bij een kind met een hechtingsstoornis. Ik beschrijf dan ook de hechtingstheorie van John Bowlby, hij is de grondlegger van deze theorie.

In hoofdstuk 4 komt de kern van de theorie over kinderen met een hechtingsstoornis. In dit hoofdstuk staat beschreven wat voor hechtingsstoornissen er zijn en er wordt uitgebreid op het Geen-Bodem-Syndroom ingegaan. Het Geen-Bodem-Syndroom is een hechtingsstoornis bij adoptiekinderen. Eigenlijk kan je alle hechtingstoornissen het Geen-Bodem-Syndroom noemen, want alle kinderen met een hechtingsstoornis hebben als het ware 'geen bodem'. Mijn twee onderzoeksvragen bij dit hoofdstuk zijn: Welke hechtingsstoornissen zijn er, wat houden deze stoornissen in en wat zijn de kenmerken van het Geen-Bodem-Syndroom?

In hoofdstuk 5 staat de begeleiding centraal. Beschreven wordt wat de theorie zegt over de begeleiding van kinderen met een hechtingsstoornis. Er worden een aantal strategieën beschreven en adviezen in de begeleiding. Er is geen verschil in het begeleiden van kinderen met een hechtingsstoornis en kinderen met het Geen-Bodem-Syndroom, wat wel belangrijk is dat naar elke hulpvraag gekeken wordt. Niet alle kinderen hebben dezelfde kenmerken. In het tweede deel van mijn

afstudeeropdracht haal ik af en toe de ouders aan, maar omdat deze afstudeeropdracht voornamelijk over het kind met de hechtingsstoornis en de begeleiding in de jeugdhulpverlening gaat heb ik dit beperkt gehouden. Ik kan het niet nalaten om hen te noemen, want ouders hebben ook zeker te maken met hun kind.

In hoofdstuk 6 begint het tweede gedeelte van mijn afstudeeropdracht; een kind met een hechtingsstoornis in het jeugdhuis. Dit gedeelte begint met een casus. Een casus waarin een woongroep wordt geschetst en twee kinderen van dichtbij worden bekeken. De casus wordt in de rest van de hoofdstukken 7 en 8 vervolgd. In hoofdstuk 7 wordt het leefklimaat, interventietechnieken en preventieactiviteiten beschreven voor de begeleiding van kinderen met een hechtingsstoornis. In hoofdstuk 8 staat een profiel van een medewerker, het belang van interdisciplinair en aanbevelingen voor woonbegeleiders en ouders en andere beschreven. In hoofdstuk 9 staan stellingen beschreven die ik in het eindgesprek van deze afstudeeropdracht aan de orde ga stellen. In hoofdstuk 10 kunt u de evaluatie lezen.

1.2.1. Onderzoeksvragen

- Welke hechtingsstoornissen zijn er en wat houden deze hechtingsstoornissen in?
- Lopen kinderen die niet gezond gehecht zijn een verhoogd risico om in de jeugdhulpverlening te komen?
- Wat zijn de behandelmogelijkheden van kinderen met een hechtingsstoornis in de jeugdhulpverlening?
- Hoe verloopt het hechtingsproces bij een "normaal" kind?
- Welke hechtingsstoornissen zijn er en wat houden deze stoornissen in.
- Wat zijn de kenmerken van het Geen-Bodem-Syndroom?

1.3. Werkplan

In dit hoofdstuk beschrijf ik hoe ik te werk ben gegaan en waar ik informatie heb opgezocht om tot deze afstudeeropdracht te komen.

Nadat ik het onderwerp voor deze afstudeeropdracht heb gekozen, heb ik onderzoeksvragen opgesteld. Vanuit deze vragen heb ik een voorlopige hoofdstukindeling gemaakt. De onderzoeksvragen en hoofdstukindeling heb ik naast elkaar gelegd en vandaar op zoek gegaan naar informatie.

Ik heb informatie opgezocht via internet, in bibliotheken voor informatieve boeken en artikelen uit tijdschriften en verslagen van lezingen van Landelijke Vereniging De Knoop.

Deze informatie heb ik geordend, wat ik niet relevant vond heb ik weggedaan. De relevante boeken, artikelen en sites met duidelijke informatie, ben ik door gaan lezen. Ik heb achter de indeling van hoofdstukken geschreven waar ik de informatie kan vinden. Toen ik de hoofdstukken ging beschrijven kon ik het makkelijk terugvinden. Daarna ben ik gaan schrijven, hoofdstuk voor hoofdstuk. Totdat ik bij het praktijkgedeelte kwam, toen heb ik alles weer op een rijtje gezet; op welke manier wil ik de theorie verwerken naar de praktijk. Aan de hand van de casus heb ik de rest van de hoofdstukken geschreven. Verder heb ik twee interviews afgenomen. Het was niet makkelijk om mensen te vinden voor een interview. Ik heb instellingen benaderd, maar deze zagen geen kans om hieraan mee te werken. Daarom ben ik gaan informeren bij Landelijke Vereniging De Knoop, een vereniging voor ouders. Zij wilden meewerken aan een interview. Een interview met een kind met een hechtingsstoornis was niet mogelijk. Daarom heb ik een ouder benaderd voor een interview. Alles wat ik gedaan heb stond ingepland op een planning die ik gemaakt heb voordat ik aan deze afstudeeropdracht begon.

Hoofdstuk 2 Onveilige hechting, hechtingstoornis en hulpverlening

In dit hoofdstuk wordt er in gegaan op de doelgroep jeugdhulpverlening. Dit is een afdeling van Bureau jeugdzorg. Bureau jeugdzorg is de centrale toegang tot de jeugdzorg en is laagdrempelig. Het Bureau zorgt ervoor dat de vraag van jongeren, ouders, leerkrachten en verzorgers wordt onderzocht en dat er gepaste hulp wordt geboden. Alle vragen en problemen komen bij bureau jeugdzorg binnen. Het probleem bepaalt bij welke afdeling de vraag en het probleem terecht komt. Er zijn vier afdelingen, waaronder de jeugdhulpverlening. Daarnaast bestaan de afdelingen: preventie, jeugdbescherming, en jeugdreclassering. In dit hoofdstuk wil ik de volgende twee onderzoeksvragen aan de orde laten komen:

1. Lopen kinderen die niet gezond gehecht zijn een verhoogd risico om in de jeugdhulpverlening terecht te komen.
2. Wat zijn de behandelmogelijkheden van kinderen met hechtingsstoornissen in de jeugdhulpverlening?

Deze twee vragen zullen uitgewerkt worden in dit hoofdstuk.

2.1. Onveilig gehecht en jeugdhulpverlening

Onveilige hechting is niet hetzelfde als een hechtingsstoornis, maar is wel een risicofactor voor het ontwikkelen van een hechtingsstoornis. Onveilige hechting is ook een risicofactor voor andere stoornissen op latere leeftijd. Vroegtijdige onderkenning en zo mogelijk preventie kunnen hechtingsstoornissen voorkomen¹. Ik wil hier verder op in gaan en dit onderverdelen in:

- Risicofactoren voor onveilige hechting.
- De (mogelijke) gevolgen van onveilige hechting.
- Onveilige hechting en preventie.
- Hechtingsstoornis en onveilige hechting.
- Onveilige hechting en jeugdhulpverlening.

2.1.1. Risicofactoren onveilige hechting

De risicofactoren voor onveilige hechting kan je onderverdelen in kindfactoren, ouderfactoren en omstandigheden en gebeurtenissen. Onder kindfactoren kan je het volgende verstaan: kinderen met een aangeboren afwijking, die zoveel medische zorg nodig hebben, dat er geen sprake kan zijn van een voorspelbaar aantal positieve interacties met een hechtingsfiguur die emotioneel is. Onder kindfactoren vallen ook kinderen met een aangeboren regulatiestoornis, deze kinderen zijn snel ontreddend, moeilijk te kalmeren of te troosten. Voor ouders is het een moeilijke weg om de gevoelens van onmacht te hanteren, en kunnen daardoor een positieve afstemming van kind en hechtingsfiguur in de weg staan. Ongewenste kinderen zijn per definitie kinderen met risico's voor een onveilige hechting. Onder kindfactoren vallen ook kinderen met in hun genen een afwijking, ze kunnen zich hierdoor niet hechten. Bij deze risicofactoren moet je wel bedenken, dat deze niet geldig zijn voor alle ouders en kinderen. De ene ouder kan de gevoelens van onmacht wel hanteren bij kinderen met een regulatiestoornis. Onder ouderfactoren kun je het volgende verstaan: het zijn ouders die genoeg hebben aan hun eigen problemen zodat ze geen mogelijkheid hebben om de kinderen datgene te bieden wat ze nodig hebben. Er zijn ouders met psychiatrische problematiek, met persoonlijkheidsstoornissen en verslavingsproblematiek. Ouders geven hun eigen onveilige gehechtheid door aan de kinderen. Onveilige hechting kan ook een komen doordat de moeder onder een postnatale depressie lijdt. Onder omstandigheden en gebeurtenissen kun je het volgende verstaan: plotselinge ziekenhuisopname van kind of van de opvoeder of overlijden van de opvoeder.

2.1.2. De mogelijke gevolgen en gevolgen van onveilige hechting

De bovengenoemde risicofactoren kunnen voor kinderen gevolgen hebben in hun verdere ontwikkeling. Als deze gevolgen niet vroegtijdig worden herkend en voor zover mogelijk worden behandeld, is er een vergroot risico dat het zich ontwikkelt in een hechtingsstoornis. Door een onveilige hechting maak het kind kans op een laag zelfbeeld en lage zelfwaardering. Het kind vindt dat hij weinig goeds kan uitvoeren, het lukt allemaal niet, dat ligt volgens hem aan zichzelf. Het kind

¹ Lezing Willy Janssen voor algemene landelijke vereniging "de knoop".

kan zichzelf hierdoor weinig waarderen ook als er wel iets goed gaat. Dan schuift het kind het positieve naar een ander toe, want de ander heeft iets goeds gedaan en daar komt het door. Bij een kind kan er ook sprake zijn van een wantrouwen naar de omgeving. Wat gebeurt er allemaal in de omgeving? Klopt het wel dat de omgeving die bedoelingen met mij hebben? Het heeft ook een vergrote kans op gebrekkige ontwikkeling van het inlevend vermogen en het vermogen tot reflectie. Dit betekent dat het kind heel moeilijk kan peilen wat een gebeurtenis voor z'n naasten betekent en wat zij mogelijk voelen. Ze kunnen ook moeilijk nagaan waar een gebeurtenis door ontstaat en wat hun aandeel daarin is. De gewetensontwikkeling is gebrekkig. Het dringt bij het kind niet door dat hij/zij iets gedaan heeft wat niet goed is. Het kind heeft grote kans dat het onzeker is in een relatie. Hier kan je het volgende onder verstaan: versterkte scheidingsangst; als ik maar niet weer een poos alleen wordt gelaten, angst voor afwijzing; wordt ik wel geaccepteerd, en daar uiterst hun best voor doen, om niet afgewezen te worden. Overmatige afhankelijkheid van de ander; afhankelijk en om de persoon heen blijven draaien. Ook maakt het kind kans op een versterkte bindingsangst; het kind durft zich niet te binden. Als het zich bindt, is het bang dat binnen de kortste keren, weer iemand anders voor hem gaat zorgen. En/of dat de binding de bodem wordt in geslagen door bijvoorbeeld dat de ouders kleineren. Er kunnen eenzaamheidsgevoelens ontstaan en extra kwetsbaarheid als er verlies op treedt. Gesteld kan worden dat het kind minder goed in staat is om afstand en nabijheid van zichzelf ten opzichte van de ander te reguleren en dit kan blijvend zijn. Bij onveilige hechting is de basale hechting wel tot stand gekomen, maar verstoord. Onveilige hechting uit zich in relationele onzekerheid en dit uit zich in een teveel behoeften aan aandacht, angstgevoelens, onzekerheid en wantrouwen in het relationeel functioneren.

2.1.3. Onveilige hechting en preventie

Het is belangrijk om het te weten, maar ik ga er niet uitgebreid op in, welke preventie maatregelen er nodig zijn en al inzetbaar zijn of nog ingezet moeten gaan worden. Het is belangrijk dat er voorlichting wordt gegeven wat de invloed is van schadefactoren (ouderfactoren, zie 2.2.1.) bij baby's en peuters en de ongeboren vrucht. Waardoor het mogelijk is dat de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind gevaar loopt. Bijvoorbeeld: ouders die zelf niet goed gehecht zijn, brengen grote risico's mee dat hun kind ook niet goed gehecht zal zijn. Doordat ze hierop worden gewezen, kunnen ze zorgen dat er hulp in het begeleiden van de zwangerschap en het opvoeden van het kind komt. Door de hulp kan niet uitgesloten worden dat onveilige hechting wordt voorkomen. Er moet voorlichting komen over wat voor invloed verslaving of psychische problematiek van ouders, op hun kinderen heeft. Op dit moment zijn er de KOPP-projecten vanuit de afdeling preventie van de Geestelijke Gezondheid Zorg. Dit zijn projecten voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek.

2.1.4. Hechtingsstoornis en onveilige hechting

Hechtingsproblematiek kun je in grote lijnen onderverdelen in onveilige hechting en hechtingsstoornis. Bij de onveilige hechting is de basale hechting tot stand gekomen, maar verstoord. Deze verstoring kon optreden door bijvoorbeeld, een moeder die de verzorging eerst wel ziet zitten, en daarna het kind gaat verwaarlozen. Bij een onveilige hechting spreken we nog niet over een hechtingsstoornis, maar het is wel een risicofactor. Om de risicofactor te verkleinen, moet er vroegtijdig hulp gezocht worden. Dit kan zijn bij het volgende kindfactor: een kind met een aangeboren afwijking. Als er vroeg hulp gezocht wordt door ouders, (hulp om het emotioneel te verwerken), is er grote kans dat ouders het kind kunnen gaan accepteren en liefde geven zodat de hechting niet volledig uit de hand loopt. Bij een hechtingsstoornis is de storing al zeer vroeg ingetreden waardoor de basale hechting niet heeft kunnen plaats vinden. Een hechtingsstoornis uit zich in relationele gestoordheid en dit uit zich in onder andere onvermogen om intieme contacten aan te gaan en in stand te houden. Deze kinderen missen een fundament/bodem om zich verder te ontwikkelen².

2.1.5. Onveilig gehecht en jeugdhulpverlening

Lopen kinderen die niet gezond gehecht zijn een verhoogd risico om in de jeugdhulpverlening terecht te komen? Hierboven heb ik geschreven wat nu het verschil is tussen hechtingsstoornis en onveilige hechting. Dit heb ik eerst duidelijk gemaakt, omdat het nog wel een verschil is als je onveilig gehecht bent of als je een hechtingsstoornis hebt. Een kind die onveilig gehecht is kan een hechtingsstoornis ontwikkelen als er niet adequaat mee omgegaan wordt. Adequaet omgaan betekent hulp zoeken of

² Zie hoofdstuk 4 hechtingsstoornissen

bieden om een hechtingsstoornis te voorkomen en die hulp zal gevraagd moeten worden aan de Jeugdhulpverlening. De mogelijkheid om een hechtingsstoornis te voorkomen en onveilige hechting zoveel mogelijk te behandelen, is hulp vragen. Er zijn veel verschillende voorzieningen die gespecialiseerd zijn in hechting. Een kind met een hechtingsstoornis kan zelfs opgenomen worden als het thuis niet meer mogelijk is om het kind te verzorgen.

2.2. Hechtingsstoornis en Jeugdhulpverlening

Hoofdstuk 2.2. beschrijft welke voorzieningen zich bezig houden met hechtingsstoornissen binnen de jeugdhulpverlening. En welke behandelingsdingen er worden gebruikt binnen de jeugdhulpverlening en dit toespitsen op kinderen en jongeren met een hechtingsstoornis.

2.2.1. Voorzieningen binnen de jeugdhulpverlening

Er zijn verschillende voorzieningen die zich bezig houden direct of indirect met hechtingsproblemen. In dit hoofdstuk wordt beschreven de voorzieningen die het dichtst liggen bij de jeugdhulpverlening. Als eerste heb je de voorzieningen voor informatie, voorlichting en belangenbehartiging. Deze voorzieningen richten zich vooral op de opvoeders van het kind. Als ouders ervaren dat hun kind anders reageert, zich anders gedraagt, dan ze hadden verwacht, vinden de ouders het fijn om dit te delen met een ander. De Knoop en de Cirkel zijn verenigingen die ouders ondersteunen van kinderen met een hechtingsstoornis. Dit doen de voorzieningen door middel van informeren en het behartigen van hun belangen.

De tweede groep voorzieningen houdt zich bezig met de behandeling van kinderen met hechtingsproblemen.

Ambulante hulpverlening: de hulpverlening wordt ingezet in de situatie waarin opname nog niet mogelijk is of nodig is. Ambulante hulpverlening vindt plaats in de eigen woon- of werkomgeving van het kind. Dit gebeurt vooral met VIB: is Video Interactie Begeleiding. Het is ook mogelijk dat het kind of de ouders en de hulpverlener elkaar ontmoeten in een gesprekskamer van de voorziening.

Dagbehandeling of semi-residentiële hulpverlening: de dagbehandeling ligt tussen ambulante en residentiële werkvorm in. Door de ernst van de stoornis of problematiek is het niet mogelijk dat het kind de gehele dag thuis zit, maar de uithuisplaatsing is ook nog niet nodig. Dus deze vorm van hulpverlening kan uithuisplaatsing voorkomen. Ook wordt deze vorm gebruikt als overgang van residentieel naar thuisplaatsing. De dagbehandeling kan je verdelen in drie soorten opvang met ieder zijn verschillende behandeling en begeleiding. Deze drie behandelingen hebben als doel: een hechtingsstoornis voorkomen of de begeleiden van een hechtingstoornis. Als eerste heb je de dagopvang/verzorging; hier ligt het accent op het begeleiden bij het ontwikkelen van vaardigheden. Als tweede heb je de dagbehandeling; daar is er sprake van behandeling en therapie van een ontwikkeling die stagneert en als derde heb je de nacht/dag/weekendopvang dan wordt het kind een deel van de dag of in het weekend opgevangen vanwege een tijdelijke crisissituatie of om de thuissituatie tijdelijk van de zorg te ontlasten. Twee instellingen die dagbehandeling bieden zijn: de MKD: medisch kinderdagverblijf en Boddaertcentra. Het Medisch kinderdagverblijf biedt de babydagbehandeling als vorm van dagbehandeling. Babydagbehandeling vindt plaats als het samenspel van communicatie en omgaan met elkaar tussen ouders en een zeer jonge kind is vastgelopen. Bij de behandeling wordt uitgegaan van de hechtingstheorie van Bowlby. Het doel van deze behandeling is de hechtingsrelatie tussen ouder en kind te herstellen of te verbeteren en de opvoedercompetenties te vergroten.

De Boddaertcentra komt overeen met het Medisch kinderdagverblijf, maar behandelt geen medische zorgvraag. Het gaat in de Boddaertcentra om hulp aan jongeren van zes tot circa achttien jaar. Ook bij de Boddaertcentra gaat het, om de in zijn ontwikkeling bedreigde jongere een plek te bieden waar hij even rust heeft en om ouders tijdelijk te ontlasten. Ook de ontwikkeling van de jongere opnieuw opgang brengen en in een goede richting stimuleren. En de vaardigheden en competenties van de ouders en de relaties binnen het gezin vergroten. De ouders worden begeleid door een gezinswerker. Ook is er de kinder/jeugdpsychiatrische dagbehandeling. Het gaat hier om kinderen en jongeren waarbij de problematiek ernstig is, zodat zij een psychiatrische stoornis hebben of bij wie een dreigende mogelijkheid daartoe aanwezig is.

Residentiële hulpverlening: de hulpverlening is er voor het kind of jongere als de thuissituatie voor hen zelf of voor hen ouders niet meer mogelijk is. Een kind met een hechtingsstoornis tot 12 jaar komt voordat hij in de residentiële hulpverlening komt, eerst in een pleeggezin. Gaat het in het pleeggezin niet goed, dan wordt het kind opgenomen. Het kind of jongere zal dan 24 uur per dag en 7 dagen per week wonen, werken en leven in een speciaal voor het kind of jongere gecreëerde situatie. Om voor elk kind of jongere de juiste plaats te bieden, wordt er gekeken naar het specifieke van de hulpvraag. Er bestaan residentiële instellingen met eigen functies, methodieken, en mogelijkheden. Deze functies kunnen op zichzelf staan maar ook gecombineerd worden. In deze hulpverlening bestaat er een specifieke crisisopvanggroep waarbij het bieden van een vervangende leefsituatie vooropstaat en een observatiegroep waarbij de observatie en onderzoek centraal staan.

Er zijn ook behandelgroepen waarbij de nadruk ligt op de behandeling en terugkeer naar een meer genormaliseerde situatie en als laatste heb je ook nog de lang-verblijf-groepen, hierbij is de terugkeer naar de thuissituatie of een ander gezin niet meer mogelijk.

De toegang tot de jeugdhulpverlening is Bureau Jeugdzorg, zoals geschreven aan het begin van dit hoofdstuk.

Ik heb tijdens het opzoeken van de informatie een verhaal gelezen op internet van een ouder die schrijft over hun dochter met het Geen-Bodem-Syndroom. Hun dochter is uiteindelijk geplaatst in een Justitiële behandelinstelling, deze is bestemd voor jongere die de maatregel Plaatsing in een Instelling voor Jeugdigen is opgelegd. De meeste jongeren die in deze behandelinstelling werden opgenomen zijn in hun ontwikkeling ernstig verstoord, en dat uit zich in strafbaar gedrag en of probleemgedrag. De jongeren krijgen een strakke en intensieve behandeling, ze kunnen zich hieraan niet onttrekken.

Niet elke jongere met een hechtingsstoornis komt in een Justitiële behandelinstelling terecht.

2.2.2. Behandel mogelijkheden en therapie hechtingsstoornis in de jeugdhulpverlening

Er zijn verschillende behandel mogelijkheden en therapieën beschreven door orthopedagogen, kinder- en jeugdpsychiaters. Deze theorieën en behandel mogelijkheden hebben allemaal enigszins te maken met behandel mogelijkheden in de jeugdhulpverlening.

Holdingtherapie:

De doelgroep van holdingtherapie zijn kinderen waarvan verondersteld is dat in de relatievorming tussen vader/ moeder en kind vanaf de vroege jeugd iets is misgegaan. Holdingtherapie 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 holdingtherapie is erg intensief. Bij kinderen van 0-12 jaar kan als andere therapieën niet lukken, holdingtherapie een uitkomst zijn. Pubers en adolescenten hebben geen baat bij de holdingtherapie in verband met de zich ontwikkelde seksualiteit en zelfstandigheid.

VIB video interactie begeleiding: bij contactproblemen kan door videoanalyse samen met de ouders gekeken worden naar de initiatieven van het kind. De 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. Ouders leren de bouwstenen van een goed contact. Er wordt in vier stappen gewerkt. Als eerste wordt de diagnose gesteld, via de opname van het kind. Als tweede stap wordt de diagnose met de ouders besproken en teruggekeken naar video-opnamen uit de eerste stap. De derde stap is die van de hulp aan het kind, via de opvoeder. Daarbij wordt gezocht naar de manier waarop de opvoeder het kind geborgenheid en nabijheid kan laten ervaren en in de vierde stap wordt er gekeken naar de positieve resultaten. De resultaten hangen af van de mogelijkheden van de opvoeder en de leeftijd van het kind. Deze videobegeleiding wordt gebruikt in de ambulante hulpverlening. Deze video (interactie) begeleiding wordt ook in de gehandicaptenzorg gebruikt als de begeleiding stagneert door de stemmingen van bewoners/deelnemers.

Inhaalstrategie van G.de Lange: het doel van de behandeling is situaties te scheppen waarin groeibelemmerde relaties worden omgevormd tot of vervangen door, bevredigde en groeibevorderde relaties. In de behandeling moeten de ouders de lichamelijke betrokkenheid met het kind (opnieuw) tot stand brengen. De bedoeling is dat de lichamelijke aansluiting in de behandeling zal leiden tot

wederkerigheid in relaties. De Lange richt zich in deze behandeling op kinderen tot 9 jaar, het kind moet nog bereid zijn zich lichamelijk aan de ouders over te geven. Oudere kinderen moeten volgens hem zelf kiezen voor deze behandeling. Bij oudere kinderen spelen seksuele geladenheid een rol en kunnen in deze leeftijd zich meer gaan richten op leeftijdsgenootjes. Ouders worden ondersteund bij deze behandeling door een begeleider die kennis van en ervaring met gezinssystemen hebben. Als de ouders niet willen of instaat zijn om deze vorm van inhaalstrategie te volgen, schetst De Lange de mogelijkheid dat buitenstaanders, bijv. hulpverleners of vrijwilligers de rol van ouders in dit proces over nemen. Is het kind in staat tot lichamelijke betrokkenheid dan kan de hulpverlener dit overbrengen naar de relatie met de ouders. Hij merkt wel op dat deze vorm van behandeling heel moeilijk licht in de hulpverlening omdat de hulpverleners een betrokkenheid aan gaan die onmogelijk is vanwege de distantie tussen cliënt en hulpverlener. Een voorbeeld van behandeling waar de inhaalstrategie wordt toegepast is de ouder en kind therapie. Deze is binnen een Medisch kinderdagverblijf ontwikkeld en wordt gehanteerd. Er wordt daar gewerkt met massage, spelen in bad, hangmat en liefdevol vasthouden, ook wel holding genoemd (zie holdingtherapie) Deze inhaalstrategie vindt alleen plaats onder begeleiding van een deskundige begeleiding van een hulpverlener.

In de Jeugdhulpverlening zijn er nog een aantal modellen, Deze modellen kunnen niet allemaal beschreven worden.

In dit hoofdstuk heeft u kunnen lezen:

- Wat een onveilige hechting inhoudt en wat de risicofactoren en gevolgen zijn van een onveilige hechting.
- Een onderscheid van het begrip onveilige hechting en hechtingsstoornissen.
- Dat de meeste kinderen en jongeren die onveilig gehecht zijn enigszins met de hulpverlening te maken krijgen.
- De behandelmogelijkheden en strategieën omtrent hechtingsstoornis in de jeugdhulpverlening.

Het volgende hoofdstuk beschrijft het normale hechtingsproces n.a.v. theorie van Bowlby.

Hoofdstuk 3 Hechtingsproces

In dit hoofdstuk wordt beschreven het hechtingsproces zo als het hechtingsproces is verwoord in de theorie van verschillende psychologen o.a. Bowlby.

Een baby kan niet voor zijn eigen veiligheid zorgen. Daar heeft hij de hulp van een volwassene bij nodig. De veiligheid van het kind betreft het beseft hebben dat er een ander voor je is en dat je op de ander kan vertrouwen. Een veilige hechting is een ontwikkeling in de eerste twee levensjaren. Hechtingsgedrag is het meest duidelijk als het kind bang, moe of ziek is en bevredigd wordt door het geven van troost en zorg en geruststelling. Het doel van hechtingsgedrag is in de vroege kindertijd het verkrijgen van veiligheid. Dit is de taak de ouders. Kinderen hebben deze veiligheid nodig om de wereld te kunnen ontdekken en zichzelf te ontplooiën.

3.1. Hechtingstheorie John Bowlby

John Bowlby de Britse kinderpsychiater is de grondlegger van de hechtingstheorie.

Volgens Bowlby is het ontbreken van moederliefde net zo schadelijk voor de geest van het kind als een ernstige ziekte. Bowlby meende dat de hoeveelheid waarin een kind veilig gehecht was met een opvoeder, sterke invloed heeft op het kind zijn zelfvertrouwen en het vertrouwen in een ander in tijden van nood.

Attachment ook wel hechting genoemd, is een relatief duurzaam affectieve relatie tussen kind en één of meerdere personen waarmee het kind regelmatig contact heeft. Een kind die aan een opvoeder gehecht is, zal in tijden van nood, verdriet, pijn en angst zo dicht mogelijk bij de opvoeder blijven en niet van haar zijde weggaan. Waarneer zijn opvoeder/hechtingsfiguur er niet is zal het protesteren. Als de opvoeder weer komt zal het zich aan haar vastklampen of juist negeren. Het ontbreken van een hechtingsrelatie kan grote gevolgen hebben voor de geestelijke gezondheid van het kind. Het ontbreken van een hechtingsrelatie kan schade aanbrengen aan het vertrouwen op mensen in tijden van nood en het zelfvertrouwen en het ontbreken van schuldbesef.

Volgens Bowlby kent de ontwikkeling van hechtingsgedrag vier verschillende fases en deze zouden in elkaar overlopen er zou geen sprake zijn van leeftijdsgrenzen.

De eerste fase: is de eerste fase, de eerste weken na de geboorte van het kind. De baby kan geen individuele mensen onderscheiden en op een specifieke manier op hen reageren. De baby's zijn gevoelig voor geluid, vooral de stem van een persoon. Daarnaast zuigen, aanstaren en glimlachen ze. Bowlby zegt dat het niet uitmaakt welke persoon de baby troost. Huilen van de baby is interessant. Ouders kunnen op een gegeven moment horen wat de baby nodig heeft. Ook als de baby een gegeven moment huilen om de ouders een keer te manipuleren. De tweede fase: is de fase waarin het kind meer bewust interactie heeft met één of meerdere personen. Na verloop van enkele maanden reageert het kind sneller naar één persoon toe en kan de baby deze van vreemden onderscheiden. Al snel herkent het kind de stem van zijn ouders en trekt het steeds meer naar zijn ouders toe. De angst voor vreemden schijnt in deze fase langzaam te gaan ontstaan. De angst breekt pas goed aan in de volgende fase. Deze tweede fase eindigt met ongeveer 7 maanden als de baby zonder meer gehecht is aan één of meerdere hechtingsfiguren wat blijkt uit glimlachen of stoppen met huilen.

De derde fase: is de fase waarin vaak passieve hechtingsgedrag overgaat naar actief nabij zoekend gedrag. Het kind leert kruipen en krijgt inzicht dat voorwerpen blijven bestaan ook al zijn ze uit het gezichtsveld verdwenen. Het kind kan kortdurende tijd alleen zijn verdragen zonder hechtingsfiguur. Het kind heeft de ervaring opgedaan dat de hechtingsfiguur na een poosje van scheiding terugkomt, en het kind daarna weer volop van de nabijheid kan genieten.

De vierde fase: vanaf 2 á 3 jaar gaat het kind zien dat de hechtingsfiguur niet alleen voor haar zelf is, maar dat hij de hechtingsfiguur moet delen. Dit proces gaat sneller als er een broertje of zusje geboren wordt. Het kind kan aan de ene kant proberen de plannen van de opvoeder te beïnvloeden en de andere kant weet het kind dat de opvoeder terugkomt als zij weggaat. Niet de fysieke nabijheid biedt het kind vertrouwen, maar ook vooral de psychische nabijheid. De wetenschap dat de opvoeder positieve gevoelens voor het kind heeft, geeft het kind vertrouwen en de zekerheid dat in tijden van nood en gevaar er ondersteuning en nabijheid is te verwachten.

3.2. Hechtingsprocessen volgens verschillende psychologen

Wat hieronder is beschreven is ontleend aan verschillende psychologen, veel van de kenmerken van de processen zijn beschreven door Blaffer Hrdy 2000. Ook Durkin en De Boer beschrijven kenmerken van het hechtingsproces. Deze kenmerken zijn verwerkt in het onderstaande.

Hechtingsprocessen direct voor de geboorte: Blaffer zegt dat na zes maanden zwangerschap de baby al vaardigheden ontwikkelt die vooruitlopen op de hechtingsprocessen na de geboorte. De baby hoort geluiden die afkomstig zijn buiten de baarmoeder, de baby kan verschillend reageren op het reageren van de moeder. Bij de moeder en vader is er ook al een voorloper van de gehechtheid. Bijvoorbeeld door een voorstelling te maken van de baby.

Hechtingsprocessen direct na de geboorte: het kind is volkomen afhankelijk van de zorg van de volwassenen. Moeders reageren verschillend op hun kinderen. Hoeveel een moeder zorg gaat verlenen wordt bepaald hoe ze het kind en haar eigen situatie beoordeelt. Het kan zijn dat volwassen vallen voor de kenmerken van de kinderen, zoals gezondheid en levensvatbaarheid. De eerste stap in het bieden van veiligheid en daarmee het hechtingsproces is dat de moeder het kind optilt en aan de borst legt.

Gehechtheid in de eerste levensmaanden: als ouders hun kind geïnspecteerd en geaccepteerd hebben geeft de moeder de aanzet tot het hechtingsproces. Het kind en de ouders geven over en weer loksignalen naar elkaar toe. Het kind doet dit door huilen en zuigen en de ouders door geluidjes te maken om reactie terug te verwachten. Het kind geeft ook de voorkeur aan stemmen en dan vooral de stem van zijn moeder. Dit gebeurt onder normale omstandigheden. Eerst volgt het kind de stem van zijn moeder door te luisteren en daarna met zijn ogen en nog veel later kruipt hij achter haar aan. In de eerste levensmaanden vindt er naar elkaar schikken plaats. Dit betekent dat ouders vat moeten krijgen op het ritme van hun kind en zijn voorkeuren en eigenaardigheden. Als het schikken goed lukt is er een goede relatie die bevredigend is voor ouders en kind. Wat ook belangrijk is in de eerste levensmaanden is de voorspelbaarheid van elkaars gedrag, van de ouders en het kind. Dit is een belangrijk factor bij de ontwikkeling van gehechtheid. Vanaf een maand of drie gaat het kind onderscheid maken tussen volwassenen en kan het eenkennig worden. De angst voor vreemden en de angst om van de ouders gescheiden te worden is belangrijk.

Gehechtheid na het eerste half jaar: staat centraal de voorkeur van specifieke volwassenen. Vanaf ongeveer acht maanden zijn de meeste kinderen gehecht aan één of meerdere volwassenen. De meeste kinderen ontwikkelen een hechtingsrelatie met een klein aantal mensen dat dicht bij de verzorging betrokken is. Het kind heeft meestal één voorkeur en dat is de moeder. Een scheiding tussen ouders en een jong kind kan grote gevolgen hebben als er geen goede vervanging is geregeld. Hoe veilig het kind is gehecht is af te leiden tussen de interactie met de hechtingsfiguur als die na een scheiding terugkomt.

Gehechtheid na het tweede levensjaar: er zijn twee veranderingen na het tweede levensjaar, als eerste worden de hechtingspersonen buiten de gezinskring van groter belang. Ten tweede veranderen de situaties die hechtingsgedrag uitlokken. Een kind wil op jonge leeftijd zijn gevoel van veiligheid vooral bereiken door lichamelijke nabijheid van de moeder (hechtingspersoon). Daar komt later verandering in. Vanaf het derde levensjaar wordt de lichamelijke nabijheid vervangen door praten en uitwisselen van blikken van verstandhouding. Het is van groot belang dat het kind zijn moeder (hechtingspersoon) kan vertrouwen. Als het vertrouwen er is, kan het kind meer tijd besteden aan het ontwikkelen van relaties met leeftijdsgenoten of andere volwassenen. Vanaf het derde levensjaar is het kind ook in staat om zijn hechtingsgedrag te onderdrukken en rekening te houden met een persoon. Een jaar later kan het kind zich verplaatsen in de persoon en begrijpt hoe "haar" doelen te maken hebben met zijn gedrag.

3.3. Hechtingsproces en hechtingsstoornis

In dit hoofdstuk is het hechtingsproces in kaart gebracht. Een goede hechting is belangrijk om later goed te ontwikkelen. Bij een hechtingsstoornis is er vroeg een verstoring op getreden zodat de basale hechting niet goed tot stand is gekomen. Omdat het hechtingsproces in verbinding staat met hechtingsstoornis is het belangrijk om te weten hoe een hechtingsproces verloopt. In het volgende hoofdstuk wordt het onderwerp hechtingsstoornis onder de aandacht gebracht. Door het hechtingsproces in kaart te brengen, kan je de inhoud van de hechtingsstoornis ook beter begrijpen.

Hoofdstuk 4 Hechtingsstoornis en het Geen-Bodem-Syndroom

Hoofdstuk 2 beschrijft wat een onveilige hechting inhoud. Dit hoofdstuk beschrijft wat de gevolgen zijn van niet adequaat omgaan met onveilige hechting of dat er toch uiteindelijk een hechtingsstoornis is gekomen. Daarnaast beschrijft paragraaf 4.2 het Geen-Bodem-Syndroom. In paragraaf 4.3. worden de hechtingsstoornissen en het Geen-Bodem-Syndroom samengevat.

4.1. Hechtingsstoornissen

Een hechtingsstoornis wordt ook wel 'fundamentele relatiestoornis' genoemd. Er is iets mis met het fundament: het contact tussen ouders en kind. Het duidt er ook op dat het kind geen menselijke betrokkenheid met de wereld kent. Veel van deze kinderen dragen de gevolgen daarvan in het gedrag. Ze willen hiermee de wereld uitdagen om hen een thuis te geven. Het begrip fundamentele relatiestoornis komt van Hart de Ruyter. Het is in wezen het gebrek aan aansluiting op het lichamelijke, met als gevolg geen 'basisveiligheid': geen beheersing, geen ik, geen beginnend persoon.

4.1.1. Primair fundamentele relatiestoornis en secundaire fundamentele relatiestoornis

Primair fundamentele relatiestoornis kan ontstaan als er in de eerste levensmaanden onvoldoende antwoord gegeven wordt of dat er geen mogelijkheid is om aan de behoefte, die er bestaat bij een baby, te voldoen. De baby zelf kan ook geen mogelijkheden hebben. In hoofdstuk 2.1.1. staan de risicofactoren beschreven. Het kind ervaart geen veiligheid waardoor er geen basisveiligheid ontstaat. De basisveiligheid is het fundament voor de ontwikkeling van het kind. Als er niet vroegtijdig wordt ingegrepen, kan er een primair fundamentele relatiestoornis ontstaan. Het wil niet zeggen dat er door ingrijpen geen fundamentele relatiestoornis ontstaat. Wanneer er iets aan het fundament schort kan een kind bijvoorbeeld uitdagend en agressief gedrag gaan vertonen. Er zijn dan geen beheersingspatronen gegroeid. Beheersingspatronen groeien wanneer een kleuter, op basis van de ervaren veiligheid, het contact met vader en moeder goed wil houden.

Secundair fundamentele relatiestoornis houdt het volgende in. Het kan zijn dat een baby, peuter en kleuter in alle veiligheid zijn gekomen tot gezond gedrag. Er is sprake van wederkerige betrokkenheid. Deze situatie kan worden doorbroken door een of andere oorzaak. Bijvoorbeeld als het kind geen aansluiting krijgt in het verstandelijke en/of sociale aspect. Ook kan het zijn dat door een latere traumatische ervaring, het gezonde gedrag wordt doorbroken. Gevoelens van angst en wantrouwen zorgen ervoor dat de veiligheid die het kind heeft ervaren langzaam aan het wegsmelten is. Als hier geen aandacht voor is kan het kind alle tekenen gaan vertonen van een primair fundamentele relatiestoornis. Het kind wordt ontworteld omdat het de veiligheid en geborgenheid kwijt raakt. Kinderen die eigenlijk goed gehecht waren, maar in een dergelijke situatie terecht zijn gekomen, hebben een secundair fundamentele relatiestoornis. Het verschil tussen primair en secundair fundamentele relatiestoornis is nodig om te weten omdat de weg terug anders verloopt.

4.1.2. Gedrag bij kinderen met een fundamentele relatiestoornis

Peuters:

Bij peuters die zich in de babytijd onveilig hebben gevoeld, blijkt dat ze in de peutertijd deze geborgenheid en veiligheid in de relatie met de ouders niet kunnen ervaren. Ook ouders die denken dat het kind vanzelf wel groeit, bevorderen een relatiestoornis. Je kunt verschillende gedragingen onderscheiden bij een peuter:

De 'actieve' peuter: deze peuter toont zelfhandhavend gedrag, door vast te houden, en doorzettend gedrag. Het kind doet maar, maar luistert niet. Het houdt geen rekening met de ander.

De 'passieve' peuter: dit kind gedraagt zich alsof het tevreden is met aan zichzelf overgelaten te worden. Het kind laat alles met zich gebeuren, zonder een moment van contact te hebben. Het kind geeft eigenlijk niets terug in relatie met de ander.

De 'vastklampende' peuter: het kind wil voortdurend door moeder gedragen of op moeders schoot zitten. Dit kan ook manipulerend worden, omdat het kind zijn zin wil krijgen.

Kleuter/schoolkind:

Als er een fundamentele relatiestoornis bij een kleuter of schoolkind wordt geconstateerd, is het kind niet goed door de fases heen gekomen. Er is geen aansluiting geweest in de lichamelijke en/of

emotionele fase. Het kind heeft geen basis en kan dan ook geen energie opbrengen voor een verstandelijke aansluiting. De basisschoolkinderen kunnen zich op de volgende manieren in leven houden en hun gedrag uiten:

Het drukke, ongedurige, chaotische kind: het kind doet wat in zich op komt en kan geen verleidingen van buitenaf weerstaan. Afspraken met het kind hoeven de ouders niet te maken, want het kind houdt zich er niet aan. Het kind is op deze leeftijd meer of minder bewust van zijn probleem, en verschuilt zich achter een masker.

Het agressieve kind: het kind is in de aanleg sterker, en laat zich niet gaan in het chaotische gedrag maar daagt de wereld uit tot antwoord. Het kind krijgt geen antwoord en dit uit zich in wantrouwen en vormen van zelfhandhaving, een uitdagend staande houden. De zelfhandhaving gaat over in een agressievere handhaving. Hoe ouder het kind, hoe agressiever het zichzelf handhaaft. Deze kinderen worden ook wel "kinderen-die-haten" genoemd.

Het in schijn aangepaste kind: het kind heeft geen ruimte gekregen om de eigen behoefte aan te geven. Als het kind dit liet blijken werd het niet beantwoord. Het kind gedraagt zich naar ouders en familie lief en volgzzaam, maar probeert aandacht te krijgen van de omgeving en slooft zich hiervoor uit. Het is daarom ook afhankelijk van de omgeving, er is nooit sprake van een echte relatie en echt contact.

Kind met twee gezichten: dit kind leeft in twee werelden. Dit gegeven hoeft niet op een stoornis te wijzen. Want ieder mens reageert in een andere omgeving anders. Het kind kan twee kanten hebben. Het kind kan zich thuis mooi en vrolijk voordoen, terwijl hij in de omgeving (school) agressief gedrag vertoont. Dit kan ook omgedraaid zijn. Het zijn kinderen die zich wreken op ouders, pleeg of adoptie ouders. Ze zijn goed in het uitspelen van twee werelden. Ze kunnen bijvoorbeeld op school zeggen dat ze thuis worden mishandeld of ze komen te laat op school en zeggen dan dat ze niet eerder van huis af mochten. Het kind voelt thuis geen fundamentele veiligheid en probeert daarom buitenshuis veiligheid te ervaren.

Het kind met een dubbele bodem: het kind kan zich in huis en buitenshuis goed gedragen en beheersen. Maar ze gedragen zich in omgang aanhankelijk, kleverig. Ze hebben behoefte om lichamelijk en gevoelsmatig iemand aan te raken. Dit doen ze bij ouders en anderen. Het lijkt een kinderlijkheid, maar het werkt verstoring en zelfs afstotend. De behoefte lijkt niet te stillen. Dit kan lijden tot seksuele activiteiten met leeftijdsgenootjes en zelfs bij volwassenen.

Het kind dat het laat afweten: het kind trekt zich in zichzelf terug en wil het liefst niet meer leven. Het kind voelt zich waardeloos en alleen. Het ontkent dan ook zijn behoefte en bevredigingen. Het kind trekt zich terug in zijn isolement. Het loopt er slordig en ongeïnteresseerd bij.

Het schijnbaar normale kind: dit kind heeft zijn stoornis vergeten en heeft zich een plaats veroverd in de wereld. Dit heeft het kind gedaan door intellectuele mogelijkheden. Met het verstand heeft het grip op het leven en is het verbonden met de wereld. Verschil van mening moet met het verstand opgelost worden. Emotionele situaties worden ontweken.

4.1.3. Gedragskenmerken van de fundamentele relatiestoornis/hechtingsstoornis

- Makkelijk contact maken met de omgeving. Als de omgeving te dichtbij komt is er een afwerende houding tegenover de ander.
- Functioneel contact: een gastgezin is goed voor de afwisseling, ook uitstapjes en cadeautjes.
- Het krijgen van spullen is heel belangrijk, maar als ze het bezitten wordt er met grote onverschilligheid mee omgegaan.
- Heeft weinig of geen aandacht voor zichzelf en voor het lichaam.
- Reageert gevoelloos op emotionele situaties van een ander. Het kind kan de ander niet begrijpen.
- Het kind is meer toeschouwer, dan betrokken, in en bij het gezin en school.
- Het kind uit zijn gevoelens anders. Als het kind pijn heeft, gaat het bijvoorbeeld lachen.
- Het kind heeft stemmingswisselingen.
- Angst in allerlei opzichten.
- Wantrouwen naar omgeving en naar zichzelf toe.
- Spanning wekt weinig concentratie en motivatie. Het beïnvloedt het resultaat!
- Er is minder interactie geweest tussen opvoeder en kind in de eerste levensjaren. Dit heeft invloed op de taalinformatie.
- Bepaalde thema's zijn beladen. Het kind doet net of het niks van het onderwerp af weet.
- Er is geen besef van tijd.
- Het kind is ongeremd en onverzadigbaar in behoeften.

- Bij sommige kinderen kan je het aan de manier van lopen, houding en de blik van de ogen zien. De blik dwaalt voortdurend af.

4.1.4. Reactieve hechtingsstoornis

De reactieve hechtingsstoornis neemt een andere plaats in, in de diagnose van hechtingsstoornissen. Het is de enige diagnose die ontwikkeld is voor baby's. Deze diagnose vereist de aanwezigheid van de pathologie die zich bezig houdt met de oorzaken van ziekte en gevolgen. Het wordt gekenmerkt door blijvende afwijkingen in het patroon van sociale relaties. Het is een gestoorde wijze van aangaan van sociale interacties.

De reactieve hechtingsstoornis wordt onderverdeeld in geremde en ontremde types.

Het geremde type: baby's en jonge kinderen vertonen sterke tegenstrijdige reacties die het duidelijkst te zien zijn bij scheiding en hereniging. Het kind toont wel interesse, maar wordt belemmerd in negatieve emotionele reacties.

Het ontremde type: baby's en jonge kinderen hebben het gebrek aan selectiviteit en het onvermogen om relaties te behouden. Op tweejarige leeftijd is vaak 'klampend' en 'raadselachtig' gedrag en niet selectief hechtingsgedrag te zien. Op vierjarige leeftijd wordt het klampende gedrag vervangen door 'aandacht zoeken' en 'vriendelijkheid' tegen iedereen. Bij het ontremde type kan er ook een emotionele- of gedragsstoornis voordoen.

4.2. Geen Bodem-Syndroom

4.2.1. Aanleiding tot de theorie

De theorie over het Geen-Bodem-Syndroom van Geertje van Egmond is gebaseerd op haar studie en ervaringen met adoptiekinderen, meestal afkomstig uit derdewereldlanden. Geertje van Egmond noemt niet alleen dat adoptiekinderen uit derde wereld landen leiden aan het Geen-Bodem-Syndroom, maar ook Nederlandse adoptiekinderen en zelfs Biologische kinderen hebben kenmerken van het Geen Bodem Syndroom. Geertje van Egmond heeft het in de eerste plaats de naam Geen-Bodem-Syndroom gegeven omdat zij te maken heeft gehad met adoptiekinderen die problemen hadden met de hechting. Bij het Geen Bodem Syndroom koos Geertje bewust voor de term handicap, zij is er van overtuigd dat het syndroom ongeneeslijk is. Wat zij niet wil zeggen, is dat er geen mogelijkheden zijn om via begeleiding en goede therapie met deze handicap te leren leven. Het Geen-Bodem-Syndroom is een emotionele handicap die ontstaat door ernstige lichamelijke en affectieve verwaarlozing in de vroege kinderlijke periode. Het ontbreken van een hechtingspersoon kan ernstige gevolgen hebben.

4.2.2. Voorgeschiedenis van het Geen-Bodem-Syndroom

Geertje van Egmond schets in haar boek twee uitersten om aan te geven dat de emotionele handicap kan variëren van licht tot zeer ernstig.

Eerste voorbeeld: een baby is in het eerste levensjaar bij de moeder verzorgd en daarna naar het kindertehuis gegaan. Is in een kleine groep moederlijk verzorgd en daarna geadopteerd in een liefdevol gezin. De traumatische gevolgen van scheiden is niet niks, ze zullen volgens Geertje ook wel symptomen hebben van het syndroom, maar met hulp van deskundigen en hun eigen persoonlijke mogelijkheden, komen ze als volwassenen in de maatschappij te staan.

Het tweede voorbeeld: geheim houden van de zwangerschap, doodsbang moeder, op een geheim plekje geboren, door een oude vrouw verzorgd tegen betaling, af en toe kijken biologische ouders, de vader neemt het kind mee, moeder ziet het niet meer, de echte vrouw van de vader haat het kind enz.

In dit geval zijn de gevolgen erg en zal de emotionele handicap blijvend zijn. Hoe ouder het kind is dat geplaatst wordt in een adoptiegezin, hoe erger de problematiek mogelijk is. Alle traumatische ervaringen laten hoe langer deze geduurd hebben diepere sporen achter. Geertje van Egmond wijst er op dat wij niet alle Geen-Bodem-Syndroom kinderen als hetzelfde kan beschouwen, ieder heeft zijn voorgeschiedenis, mogelijkheden en karakter.

4.2.3. Kenmerken van het Geen Bodem Syndroom

1. *Er is geen 'bodem' in het bestaan (geen affectieve banden in de allereerste levensfase).* Het kind heeft (vroeger) geen vaste opvoeder gehad, waardoor het niet mogelijk was om een goed fundament te leggen voor het verdere leven, er was geen veiligheid en geen

betrouwbaar opvoeder. Deze kinderen voelden zich in de handen gelegd van volwassen die vaak het gevoel van onveiligheid en angst bij hen opriepen. Bij een biologisch kind komen er gevoelens van herkenning en wederkerigheid in de relatie met de volwassenen. Een tweezaamheid maakt de nodige inspanning (betrekkelijk) licht en het geeft elkaar energie. Bowlby zegt dat ieder mens van nature hechtingsmogelijkheden in zich heeft. Een kind met het Geen-Bodem-Syndroom is soms zo beschadigd, dat de normale tweezaamheid in wederkerigheid met de volwassene niet normaal kan beleven. Deze kinderen hechten wel aan een volwassene, en gaan een relatie aan, maar deze relatie uit zich in een haat-liefde relatie, de relatie vertoont trekken die ziek zijn. "Deskundigen zijn vaak geschokt, wat een armoede, bodemloze leegte en een emotionele leven deze kinderen kenmerken, het leven in een gezin is nauwelijks mogelijk".³

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.*

Het kind heeft door zijn adoptie geen plaats in de wereld en geen geschiedenis. Het heeft duidelijk wel een geschiedenis, de geschiedenis van voor de adoptie. Doordat het kind de geschiedenis als onveilig ervaren heeft, heeft het daardoor ook geen toekomst, het zal de wereld chaotisch vinden en ervaren. Een kind lijkt op elke plek vertrouwd te zijn en vreemd tegelijk, zij kennen na jaren nog geen enkel gevoel voor heimwee, ook niet als zij een langere tijd in een andere omgeving zijn. Deze kinderen kunnen meestal niet vertellen hoe lang ze ergens al zijn, een maand of een half jaar is voor hen nauwelijks een verschil. Ze begrijpen niets van familierelaties en de generatieverschillen.⁴Treffend is in dit verband het antwoord van Isabel aan de psychiater als hij vraagt wat de problemen zijn: 'ik heb heel vaak ruzie met mijn moeder.'Zij geeft hiermee meteen aan geen gevoel te hebben voor een ouder-kind relatie. Een gemiddelde achtjarige zou waarschijnlijk gezegd hebben: 'mama is altijd kwaad op mij'. Ruzie met mama is voor Isabel echter hetzelfde als ruzie met een vriendinnetje. Het is belangrijk dat je een kind met het Geen- Bodem-Syndroom als hij net een beetje aan het gezin gewend is, niet gelijk naar de gewone basisschool brengt, het kind moet eerst wennen aan de situatie waarin hij terechtgekomen is. Kinderen met het Geen-Bodem-Syndroom zoeken op een onnatuurlijke wijze lichamelijk contact met volwassenen. Ze willen bijvoorbeeld: steeds gedragen worden, hangen om de nek of omklemmen het been. Andere kinderen willen niet aangeraakt worden en kunnen bij evt. pogingen agressief of angstig worden.

3. *De gewetensontwikkeling is niet op gang gekomen.*

Volgens Geertje is dit een van de grootste struikelbrokken in het gezin. Je kan het kind in conflictsituatie niet bereiken, ook met zachtheid of harde straffen kun je het kind niet bereiken, het heeft geen effect. Het kind zal ook geen spijt of berouw tonen. Het kan zijn dat de ouders gepraat hebben met het kind en het daarna nog veel ernstiger fout maakt. Geertjes persoonlijke overtuiging is dat de basis van de gewetensontwikkeling in vroeg stadium wordt gelegd, het heeft alles te maken met het vermogen tot tweezaamheid. In een normale ontwikkeling van een baby komt op een gegeven moment 'de ander' in het leven van de baby, vaak in de persoon van moeder. Als dit gebeurt kan het "ik"gaan groeien en komt de gewetensontwikkeling op gang. Dit gebeurt pas wanneer een kind het gevoel krijgt dat het deel uitmaakt van de wereld. Dat gebeurt in eerste instantie door aanraking, het liefdevolle gezicht en de warme borst van moeder. Als dit goed zit, kan het eerst onbewust en later bewust bezig zijn met en het rekening houden met de plek van de ander. Het blijkt dat dit in een later stadium niet meer ingehaald kan worden bij een kind met het Geen- Bodem-Syndroom. In conflictsituaties worden deze kinderen teruggeworpen op hun basale angstgevoelens, het kind gaat dekking zoeken om te overleven. Het kind reageert op de houding van de volwassene, op de klank en intonatie van de stem, de inhoud van de gesproken woorden dringen nauwelijks door. Het heeft ook geen mogelijkheid om terug te komen op een conflictsituatie en de relatie te herstellen en doet hier ook geen poging voor.

³ Citaat uit het boek bodemloos bestaan.

⁴ Voorbeeld van Geertje van Egmond haar dochter.

Het kind zoekt vluchtwegen, in werkelijkheid wanhopige pogingen om de dans te ontspringen. Het kind kan moeilijk onderscheid maken tussen hoofd- en bijzaken. Bijvoorbeeld: een beetje stout en heel erg gemeen. Ook vinden bij het kind aparte emotionele reacties plaats op situaties die buiten het kind plaatsvinden, bijvoorbeeld grote vrolijkheid bij ongelukken en grote paniek bij een piepklein schrammetje. Doordat de gewetensfunctie ontbreekt, zal het kind zich niet schuldig voelen als het iets verkeerd heeft gedaan, en het geweten zal ook niet spreken. De boosheid van een volwassene, de evt. klappen, preken en de lengte van de straf zullen het kind wel bijblijven maar de reden waarvoor blijft niet bij. Het kind komt niet tot de gedachtegang oorzaak en gevolg, bijvoorbeeld: omdat ik gelogen heb, krijg ik straf. Ouders maar ook hulpverleners moeten goed begrijpen wat er in een kind met het Geen-Bodem-Syndroom omgaat, al is het wel moeilijk om in je emoties evenwichtig daarmee om te gaan. De ervaring is: slimme, snelle en duidelijke straffen en daarna een snelle verzoening veroorzaken de minste schade in de relatie met het zieke kind. Bij een kind die niet wil aangeraakt worden is het helemaal moeilijk om tot een verzoening te komen, samen iets doen is in dit geval belangrijk. Eenvoudige gedragsregels kan het leven in evenwicht houden, maar als er een sterke prikkel komt, kunnen die gedragsregels te kort schieten en het kind kan de fout in gaan.

4. *Er is geen 'ik', daarnaast geen basaal vertrouwen in volwassenen, met als gevolg onvermogen en/of diepgewortelde angst om relaties aan te gaan.*
Alle punten die Geertje van Egmond noemt liggen heel nauw met elkaar samen. De 'ik' functie is niet ontwikkeld. Dit heeft de oorzaak dat het kind vaak en veel wreedheid en weinig of zelf geen liefde heeft ervaren, dit is veroorzaakt door een volwassene. Het kind heeft het vermogen niet tot tweezaamheid en het aangaan van diepere relatie.
5. *Er is een sterke neiging tot het leggen van oppervlakkige, inwisselbare contacten.* Hierdoor is de problematiek in het gezin voor andere slecht invoelbaar. De anderen, inclusief veel hulpverleners, 'zien' niets of weinig. Kinderen met het Geen-Bodem-Syndroom uiten zich naar de buitenwereld toe in oppervlakkige en geen diepere relaties en kunnen ook wisselen van contacten, ze doen zich anders voor dan ze in werkelijkheid thuis doen.
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 ontzettend goed in het observeren, taxeren en manipuleren van de mensen om zich heen. Het besteedt hieraan een groot deel van zijn energie, waardoor leerprestaties en creativiteit achterblijven.* Veel Geen-Bodem-Syndroom kinderen zijn toen ze nog niet geadopteerd waren genoodzaakt geweest om onmiddellijk in te spelen op de meest ingrijpende gebeurtenissen en veranderingen. Deze kinderen hebben nooit de veiligheid, duurzaamheid en betrouwbaarheid van de volwassenen gevoeld en meegemaakt en de dag van morgen was nooit zeker. Omdat deze kinderen alles zo in de gaten moeten houden, zijn ze ook getraind geraakt om volwassenen te observeren en te taxeren en waar mogelijk is te manipuleren. Kinderen met het Geen-Bodem-Syndroom zijn goed in het ontdekken van zwakke plekken bij volwassenen. Dit zien ze bij hun ouders, leerkrachten en hulpverleners, maar ook bij hun broertjes en zusjes. Ze kijken waarneer het moment er is dat zij de volwassenen tegen elkaar uit kunnen spelen, ze proberen daar zelf voordeel uit te halen. Vaak wordt moeder uitgespeeld, kinderen die het bloed onder hun moeders nagels halen. Het kan zover gaan dat gezinnen ontwricht worden. Iedereen lijdt er onder, alleen het kind zelf niet. Geertje wijst erop dat je het kind niet als schuldige kan aanwijzen, maar dat het kind handelt als een angstig dier, vanuit zijn beperkte en diepgestoorde visie op de werkelijkheid. Het survivorsgedrag komt ook voor buiten het gezin, bijvoorbeeld bij leerkrachten en hulpverleners. Dit gedrag komt ook voor als het kind op zichzelf teruggeworpen wordt. Zijn basale gevoel bestaat uit angst. Vanuit deze angst probeert het kind zich staande te houden in de voor hem onveilige wereld, hij probeert zijn angst niet te laten zien. Maar op onverwachte momenten kan het kind geen schijnaanpassing vertonen en doen zich aanvallen voor van verschrikkelijke agressie en panische angst. Bijvoorbeeld: een vader en zoon zijn aan het wandelen, vader zegt: 'blijf hier staan, ik ga kijken of we verder kunnen'. De zoon ziet de vader om de hoek verdwijnen. De zoon raakt volledig in paniek, later bleek dat hij vroeger door zijn eigen vader op de markt alleen is gelaten. Het kind heeft zoveel bewust of onbewust letterlijk levensbedreigende

situaties meegemaakt, dat zo'n omstandigheid weer een totale paniek kan teweegbrengen. Hoe meer wij als hulpverleners en ouders beseffen hoe het kind de verlatenheid en het aan zichzelf overgeleverd zijn voelt, hoe sterker het pantser van het kind is om zich aan te passen en overeind blijven. Dit kost allemaal veel energie van het kind met het Geen-Bodem-Syndroom, dit gaat ten koste van andere dingen zoals schoolprestaties en creatief bezig zijn. Je ziet vaak concentratiezwakte en tekortschietende taakspanning. Het kan niet goed omgaan met frustraties en dit kan hen totaal uit balans brengen. Negatieve faalangst zorgt er voor dat het kind bijvoorbeeld niet aan een taak begint waar het tegenop ziet, en het doet zich dan onverschillig voor. Het kind is door de zwakke ik-functie, maar nog veel meer door wat het heeft meegemaakt, gewend zich oppervlakkig gezien op welhaast bovenmenselijke wijze aan te passen⁵. Bijvoorbeeld na een week dat het kind in een gezin woont, doet hij net of hij er jaren woont. Totale afwezigheid van heimwee, verdriet of uitingen van ontheemd zijn, is een verontrustend voorteken. Begrippen als eerlijkheid en trouw kunnen zij verstandelijk begrijpen, maar ze hebben het niet kunnen integreren in hun dagelijks leven. Het kind past zich onbewust aan, aan de situatie van het ogenblik

7. *De intieme emotionele banden binnen het gezin worden als bedreigend ervaren. Het appel van de gezinsleden op een vertrouwensrelatie is voor het kind slecht invoelbaar en verwarrend. Het geeft het kind soms ook het gevoel van anders zijn, tekortschieting en eenzaamheid.*

Het kind met het Geen-Bodem-Syndroom komt vanuit een kindertehuis in een adoptiegezin. In het adoptiegezin heerst er veiligheid, in het kindertehuis kwam dat meestal niet voor. De veiligheid voelt men als bedreigend, waarmee het kind geen raad weet. In de adolescentietijd nemen de pogingen tot zelfmoord toe. Hiervoor zijn vele oorzaken aan te wijzen. Het kind heeft nooit een plek in de wereld veroverd, het houdt het basale gevoel er nooit bij te zullen horen en er niet te mogen zijn in de wereld en dit basale gevoel moet verdwijnen. Het kan ook zijn dat het kind in het adoptiegezin gezien heeft hoe de broers en zussen en ouders met elkaar omgaan en wat het verdriet was als het kind weer wat gedaan had, of de sfeer verpest had. Ze kunnen dit aanvoelen maar niet invoelen. Ze lijden vaak aan ernstige depressies, gevoelens die zij zelf verwoorden, niemand houdt van mij.

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 een vernietigingsdrang die zich richt tegen zichzelf (automutilatie), maar ook vaak tegen andere (moeder). Andere bekende uitingen van die agressie zijn fysiek geweld, uitingen van wreedheid jegens dieren, (dwangmatig) vreten, stelen, vernielen, liegen, slapeloosheid, provocerend seksueel gedrag en weglopen. Meestal ziet men een onverzadigbare honger naar aandacht.*

Deze symptomen komen ook bij verwaarloosde kinderen in het algemeen voor. Bij kinderen met het Geen-Bodem-Syndroom (een aantal) komt het haten, treiteren en pesten in de relatie met de moeder voor, zij willen wreken (onbewust) omdat ze het allemaal van vroeger hebben moeten verduren. Je hebt ook verwaarloosde en mishandelende kinderen die er zo basaal van overtuigd zijn dat ze zichzelf gaan straffen door automutilatie. Dit kan zich uiten in excessief nagelbijten en plukken uit hun hoofd trekken tot zichzelf ernstig verwonden. Agressie kan ook gericht zijn op de ander, vaak op de moeder. Men kan in woedeaanvallen de inventaris van de kamer kort en klein maken. Het dwangmatig en schrokkerig eten komt veel voor. Stelen en weglopen wordt pas echt verontrustend in de puberteitsfase, veel jongere kinderen deden dit op jongere leeftijd al. Bij kinderen met het Geen-Bodem-Syndroom is er vaak een ongezonde belangstelling voor seksualiteit. Voor een verwaarloosd kind in het algemeen dat zij, die op geen andere wijze in staat blijken te zijn een relatie aan te gaan en dit te zoeken in de erotische sfeer. Het is een andere manier om met iemand anders in contact te komen. Het is wel oppassen dat kinderen met het Geen-Bodem-Syndroom de seksuele spelletjes onderling minder vrijblijvend en onschuldig gaan vinden. Het is gewend volgens het lust-principe te handelen, er is dan een grote kans op ontsporing. Het is daarom belangrijk dat ze geholpen

⁵ Citaat; normale en gestoorde kind van Anne Freud.

worden om een zo goed mogelijk schaamtegevoel te ontwikkelen en te leren waarin de dagelijkse omgang de grenzen liggen.

9. *Bij zijn handelen gaat het kind meestal te werk volgens het lustprincipe, het heeft nauwelijks 'remmen' en 'drempels'*
Bevredigd worden geldt voor alle gebieden. Tegen normale verleidingen is het slecht bestand. Als ouders moet je rekening houden met de onbetrouwbaarheid en de prikkels zoveel mogelijk wegnemen.
10. *Uitingen van het Geen-Bodem-Syndroom zijn niet of nauwelijks gebonden aan bepaalde landen van herkomst, leeftijd, huidkleur en culturele achtergrond enz.*

4.3. Hechtingsstoornis en het Geen-Bodem-Syndroom

Bij het Geen-Bodem-Syndroom zijn het zowel de omstandigheden die tot hechtingsproblemen leiden, als de wijze waarop deze jongeren of kinderen geadopteerd zijn en hun opvoedingssituatie was. Als er adoptie plaatsvindt binnen Nederland, is er over het kind een redelijk dossier aanwezig, waarin staat waar het kind geboren is, de geboortedatum en informatie over de ouders en de opvoeding. In het geval van het kind met het Geen-Bodem-Syndroom was er geen informatie beschikbaar. Dit geeft bij adoptie ouders een bepaalde angst, ze kunnen niet inspringen op datgene wat het kind meegemaakt heeft en dit is ook het geval met de hulpverlening. Wat ook heel moeilijk is dat het adoptiekind in een heel andere situatie komt, dan waarin het eerst voortdurend geleefd heeft.

In ieder geval kun je concluderen dat een kind met het Geen-Bodem-Syndroom, met een achtergrond aan traumatische ervaring, een kind is met helemaal "geen bodem" van veiligheid en vertrouwen, ook niet op papierstaand voor de adoptie ouders en hulpverleners. Als u de kenmerken van het Geen-Bodem-Syndroom en kenmerken van fundamentele relatiestoornis vergelijkt, komen er een aantal kenmerken qua gedrag met elkaar overeen en bij allebei is het hechtingsproces niet goed verlopen. De oorzaken en risicofactoren zien er per persoon anders uit. Bij het Geen-Bodem-Syndroom kunnen de situaties veel langer geduurd hebben en complexer zijn.

Hoofdstuk 5 Begeleiding

5.1. Jeugdhulpverlening en begeleiding

In de residentiële hulpverlening wordt over het algemeen gewerkt met modellen, zoals het competentiemodel, het self-management model en het empowerment. Deze modellen worden in dit hoofdstuk beschreven.

Competentiemodel: wordt uit gelegd bij hoofdstuk 5.2.

Self-management model: dit model benadrukt dat de jongere zelf invloed kan uitoefenen op zijn eigen gedrag. Hij kan zelf zijn gedrag sturen door zijn gedrag te versterken en te belonen. De begeleiders moeten de jongeren leren zichzelf positief toe te spreken en te belonen. De jongere heeft daarvoor wel een aantal vaardigheden nodig: hij moet kunnen reflecteren, evalueren en complimenteren.

Empowerment: is een manier van werken die kinderen en gezinnen en ouders krachtig en bewust maakt. Ook al is iets niet gelukt, er zitten altijd positieve kanten aan, je laat respect zien. Het is belangrijk als begeleider je eigen waarden, normen en referentiekader los te laten, het is belangrijk om te laten horen dat de ander belangrijk is, ondanks zijn gedrag. Je kan de jongeren bij vele dingen betrekken en het gevoel geven dat ze iets waard zijn.

5.2. Hechtingsstoornis en begeleiding

In de vorige hoofdstukken is beschreven wat de aanleiding is tot een hechtingsstoornis, een klein overzicht gegeven over de jeugdhulpverlening, hechtingsproces en hechtingsstoornissen. Dit hoofdstuk beschrijft wat voor begeleidingsmogelijkheden er zijn voor kinderen met een hechtingsstoornis.

Competentiemodel: dit model richt zich op de competentievergroting, op het verminderen van probleemgedrag en het vergroten van de vaardigheden die passen bij de leeftijd en ontwikkelingsniveau. In elke fase van de ontwikkeling worden eisen en verwachtingen gesteld, er wordt gevraagd om bepaalde taken te vervullen, deze worden ontwikkelingstaken genoemd. Probleemgedrag kan er zijn omdat een jongere te weinig mogelijkheden heeft om een ontwikkelingstaak uit te voeren. In dit model wordt er samen met de jongere doelen gesteld, die hij wil bereiken. Deze doelen worden opgesplitst in korte termijndoelen, dus het uitbreiden van vaardigheden. Dit model gaat uit van de mogelijkheid en van het eigen kunnen. Het gaat erom dat de sterke kanten van de jongere worden versterkt, zodat de zwakke kanten weinig opvallen, gecompenseerd worden of verdwijnen. Er wordt gewerkt met een feedbacksysteem en dit wordt opgebouwd. Het algemene doel is dat de jongere vordert in de ontwikkeling en minder probleemgedrag laat zien. De begeleiding/behandeling van hechtingsproblemen is volgens dit model niet gebaseerd op een hechtingstheoretische achtergrond, maar wel op de aanname dat wij in onze ontwikkeling verschillende fases doorlopen, waarin wij geconfronteerd worden met taken die succesvol afgerond moeten worden. Goed afronden van taken en het aangaan van een nieuwe fase, kan leiden tot persoonlijke groei en ontwikkeling. Voorbeelden van ontwikkelingstaken zijn het tot stand brengen van een hechtingsrelatie, constructief omgaan met leeftijdsgenootjes, en het ontwikkelen van emotionele zelfstandigheid. In een model van gezinsgerichte hulpverlening, wordt de balans tussen taken en vaardigheden beïnvloedt door 4 factoren:

1. Onder taken en vaardigheden worden de individuele kwaliteiten verstaan, waar het kind/de jongere over beschikt om zich aan te passen aan risico's en tegenslagen.
2. Factoren in de omgeving van het kind/de jongere die beschermend zijn in geval van tegenslagen.
3. Het gedrag dat gepaard gaat met leed, minder goed functioneren, of dat een risico vormt op het in aanraking komen met lijden, de dood of verlies van vrijheid.
4. Stressvolle gebeurtenissen die een negatieve invloed hebben op het functioneren van een kind/of jongere.

In dit model wordt niet alleen uitgegaan van de ontwikkelingstaken van het kind, maar ook van de ouders. Omdat dit model er voor kiest om de ontwikkelingstaken te benaderen vanuit een beschrijving van concrete doelen en gedragingen, sluit het ook aan op de problematiek.

Orthopedagogisch methodiekmodel: is gebaseerd op de orthopedagogisch theorie van Kok, deze theorie wordt vooral gebruikt in de residentiële instellingen. Het gaat er om hoe de behandeling van jeugdigen geconcretiseerd kan worden en wat er in de leefgroep gebeurt. De basisaanpak is verdeeld in drie hoofdgroepen: klimaat creëren, relatie presenteren en situaties hanteren. Deze vormen de mogelijkheden die de opvoeder ter beschikking staan om inhoud te geven aan de behandeling/begeleiding. Aan de hand van achttien begrippen, als ritme, ruimte, jezelf blijven, stellen van grenzen, wordt het handelen in de groep concreet. De ondersteunende aanpak is datgene wat buiten de leefgroep gebeurt, creatieve therapie enz. De ondersteunende aanpak en de basisaanpak krijgen pas inhoud door de overall-visie. Deze visie doet uitspraken over hoe er gekeken wordt naar de hulpverlening van een doelgroep en dat gelijk ook de uitspraak geeft over de aanpak.

Als eerste ga je de overall-visie formuleren, daarbij stel je bijvoorbeeld de volgende vraag: wat zijn de behoefte van het kind/de jongere? Als de visie geformuleerd is, dan wordt vanuit deze visie, visie en invulling gegeven op de 18 begrippen, dus visie op het begrip en de aanpak. Bij het formuleren van de overall visie en visie en aanpak van de 18 begrippen, worden alle behandelaars, dus ook de ondersteunende aanpak bij betrokken. Vanuit de overall visie en de visie op het begrip ritme, is het duidelijk geworden dat de jongere een vast dagritme nodig heeft, het ritme wordt dan ook gegeven door een dagritme voor doordeweeks en een dagritme voor in het weekend aan te bieden.

Dit orthopedagogisch methodiekmodel wordt gebruikt om een juiste aanpak te formuleren, voor alle soorten stoornissen, maar ook vooral voor hechtingsstoornissen.

Sociogroepsstrategie van G. de Lange: er kan gekozen worden voor de sociogroepsstrategie als de inhaalstrategie niet gewenst of mogelijk is. De strategie is gericht als de fase er is waarin kinderen zich richten voor de sociale behoeften op leeftijdsgenootjes. Voor fundamentele relatiegestoorde kinderen is het zoeken naar leeftijdsgenootjes een weggaan uit de onaangename omgeving en opzoek gaan naar een plaats waar ze zich wel thuis voelen. Het aansluiten bij "normale"leeftijdsgenootjes is niet mogelijk, want het zoeken naar avontuur en grenzen wekt bij volwassenen en leeftijdsgenootjes irritatie op, en die zijn van dit gedrag niet gediend zijn. Deze kinderen gaan dus naar op zoek naar leeftijdsgenootjes waar hun gedragspatronen in passen en waarin ze zich thuis voelen. Als het kind zo'n groep gevonden heeft dan vormt het een sociogroep, gekenmerkt door een asociale of antisociale Wij.

In de strategie zijn de leden van de groep belangrijk voor de mening wat goed of fout is. De sociale betrokkenheid geeft nieuwe, gezonde aansluitingsmogelijkheden, op voorwaarde dat aan de onlustgevoelens en de daarmee samenhangende handhavingpatronen geen ruimte wordt gegeven. Er wordt gebruikgemaakt van de volgende principes zoals die beschreven zijn in het boek van Hans van der Ham.

Als zich bij het kind vanaf ongeveer het negende jaar de sociale behoefte aan naar boven komt, zoekt het de leeftijdsgenootjes op om in groepsverband spontaan tot activiteiten te komen, mede ten gevolge van de ondernomen activiteiten ontstaat binnen de sociogroep een eigen groepsstructuur met een eigen hiërarchie. Er ontstaat binnen de groep een eigen stelsel van normen. De gezamenlijke activiteiten, de hiërarchie en het normenstelsel creëren een "Wij" gevoel, dat het ik gevoel overheerst. Hierdoor zullen de ervaren groepsnormen overgenomen en geïnternaliseerd worden. Als sociale aansluiting in de sociogroep tot stand gekomen is en verinnerlijkt, kan gesproken worden van een gezonde groei! Voor de sociogroepsleider is het een moeilijke taak. Het is belangrijk om de kinderen enthousiast te maken om tot een sociogroepsactiviteit te komen. Bij relatiegestoorde kinderen is dat geen eenvoudige zaak, je moet zelf over veel geestdrift beschikken, dat is juist nodig om deze kinderen met een sterke handhavingpatroons over de drempel heen te laten stappen om het leuk te laten vinden om iets met elkaar te doen. Bij de aanvang van de activiteit is de groepswerker een heel belangrijk persoon, van wie alles afhangt, daarna moet hij zich terug trekken en de groep zijn gang laten gaan, hij kan niet weggaan. Deze kinderen zijn er van bewust dat de groepswerker kan ingrijpen als ze te ver buiten hun grenzen gaan. De sociogroepswerker moet vier zaken realiseren:

1. Hij mag zich niet bemoeien met de wijze waarop de groep zich vormt.
2. Hij moet zich bewust zijn van zijn fundamentele onmacht als opvoeder in een persoonlijk relatie met een kind.
3. Als hij zich in de groep mengt verstoort hij de groei van de sociogroep, maar hij roept ook primitieve negatieve reacties op. Het is namelijk juist de bedoeling om deze negatieve gevoelens, tijdens een activiteit een moment er niet aan te denken.
4. Hij kan ook geen deel hebben aan een sociogroep, want een volwassenen staat er buiten.

Het is belangrijk met de sociogroepsactiviteiten dat er rekening gehouden wordt met de mogelijkheden en kwaliteiten van elk kind. Je laat niet elke keer hinkelspelletjes doen, als iemand niet goed is in hinkelen.

5.2.2. Begeleidingsadviezen

Hieronder zijn een aantal begeleidingsadviezen beschreven, deze adviezen komen uit de bovengenoemde strategieën en vanuit de rest van de bestudeerde theorie.

- Het bieden van veiligheid moet centraal staan in de begeleiding.
- De begeleiding moet grenzen aan geven, geen grenzen betekent onveiligheid.
- Wees in de begeleiding voorspelbaar en verwerkt dat ook in het pedagogisch klimaat.
- Als begeleider moet je voorbeeld gedrag vertonen, je laat dan zien dat mooie woorden omgezet worden in gedrag.
- Biedt structuur
- Emotioneel afstand bewaren, zonder afstandelijk te zijn.

Hoofdstuk 6 Kinderen met een hechtingsstoornis in een jeugdhuis

Hoofdstuk 2 tot en met 5 beschrijft het theoretisch gedeelte over hechtingsstoornissen. In de theorieboeken staat veel geschreven, maar is en werkt het zo in de praktijk. In hoofdstuk 7 en 8 wordt de praktijk beschreven, als eerste gaat het om de link leggen tussen theorie en de praktijk in de beschreven situatie. De visie van mij wordt daarin vastgelegd, maar ook wordt de conclusie getrokken wat er uit het interview is gekomen en wat de theorie er van zegt. Ik heb vanuit de theorie een beeld gekregen wat de gedragingen van een kind met een hechtingsstoornis. In dit hoofdstuk begin ik met een casus en daarvan uit ga ik de koppeling maken van theorie naar de praktijk. De praktijk wordt beschreven voor kinderen met een hechtingsstoornis tot 12 jaar. Vanaf 12 jaar komen deze kinderen vaak in een Justitiële inrichting terecht omdat ze vaak al met de politie te maken hebben gehad. In hoofdstuk 6.2. en 6.3. leest u twee interviews.

6.1. Casus

We lopen binnen in een jeugdhuis waar jonge kinderen met een hechtingsstoornis wonen. Kinderen met een fundamentele relatiestoornis, reactieve hechtingsstoornis en het Geen-Bodem-Syndroom. Als je de verschillende vormen van hechtingsstoornissen hoort, lijkt elke stoornis heel verschillend te zijn. Dit is niet zo. De gedragskenmerken van deze verschillende benamingen komen met elkaar overeen. Als we de kinderen één voor één goed gaan bekijken, zien we verschillen in uiterlijk, maar wel overeenkomsten in het gedrag. Wat is de oorzaak dat ze niet goed gehecht zijn? Dit kan heel verschillend zijn, Het kan in de genen zitten, verwaarlozing, psychische oorzaak enzovoort. Deze kinderen kunnen niet meer thuis wonen. Het gedrag was thuis zeer ernstig verstoord zodat het niet meer mogelijk was voor de ouders dat het kind thuis kon blijven. De meeste kinderen zijn eerst in pleeggezinnen geweest, maar dat was ook niet mogelijk en nu zijn ze opgenomen. Laten we twee kinderen eens van dichtbij gaan bekijken.

Pieter 11 jaar:

Pieter is het tweede kind. Zijn vader en moeder hebben hem liefdevol verwacht. Moeder ging zorgvuldig met haar zwangerschap om en nam rust als het nodig was en sprak en reageerde als Pieter in haar buik schopte. Pieter wordt geboren en vanaf het begin heeft de moeder van Pieter het gevoel dat het niet klopt. Pieter is afwijzend als moeder hem aan de borst wil leggen, en draait later ook met zijn ogen weg. In de peutertijd is Pieter de "Passieve peuter". De vader en moeder van Pieter nemen al vroeg maatregelen door behandelingstherapieën te gebruiken, zoals de holdingtherapie. Er is geen verbetering of contact te krijgen met Pieter. Pieter krijgt een grondig psychiatrische onderzoek, op 5 jarige leeftijd wordt er geconstateerd dat Pieter een hechtingsstoornis heeft. Dit zit in de genen van Pieter. Uiteindelijk wordt Pieter als hij 10 jaar is opgenomen in het jeugdhuis. Hij heeft daarvoor al in verschillende pleeggezinnen gewoond.

Nelliane 10 jaar:

Nelliane is geadopteerd en komt oorspronkelijk uit Indonesië. Met 4 jarige leeftijd is zij geadopteerd en in een Nederlands gezin terechtgekomen. In die 4 jaar in Indonesië heeft ze veel meegemaakt. Zij was niet gewenst bij haar vader en werd daarom veel geslagen. Moeder heeft haar voor de veiligheid naar een kindertehuis gebracht, maar mocht van de vader niet meer op bezoek komen. Nelliane is van kindertehuis naar kindertehuis gegaan, waar zij op 4 jarige leeftijd geadopteerd wordt. Ze kwam in een gezin waar ze liefdevol werd opgenomen. Het gezin bestond uit vader en moeder en een broertje en zusje (biologisch) de eerste tijd lijkt het in het gezin goed te gaan, ze doet net of dat ze er al jaren woont. Maar na een paar jaar gaan de tekenen spelen dat ze de vroegere gebeurtenissen terug gaat merken in het gedrag. Zij gaat haar pleegmoeder beschuldigen en uitspelen, vader kan het niet begrijpen want als haar vader er is, doet zij als het vriendelijkst. Ook haar leerproces gaat achteruit. Ze houdt alles goed in de gaten. Ze steekt hier een groot deel van haar energie in. Nelliane woont op de boerderij. maar hoe zij met dieren omgaat, is niet lief maar wreed. Nellianes adoptieouders zijn al vroeg begonnen om met haar in therapie te gaan. De ouders hebben al de inhaalstrategie gevolgd en video-interactie doorgelopen. Dit heeft niet veel geholpen. Voor haar ouders en broertje en zusje wordt het ondragelijk en uiteindelijk wordt Nelliane op 11 jarig leeftijd uit huis geplaatst

Zes van zulke kinderen zitten met elk hun eigen achtergrond bij elkaar in de groep en worden en moeten begeleid worden.

6.1.2. Wat te doen met deze casus

Het is belangrijk om deze casus in u gedachten te houden want vanuit deze casus en voor deze kinderen wordt het volgende beschreven in hoofdstuk 7 en 8:

- het leefklimaat
- interventietechnieken
- preventieactiviteiten
- profiel van woonbegeleider
- interdisciplinair werken
- aanbevelingen

6.2. Interview met een (ervaring) deskundige

Met Algemene Landelijke Vereniging de Knoop voor ouders van kinderen met een hechtingsstoornis.

Rita Hendriks-Wouda.

Hechtingsstoornis

1. In de informatie die ik heb gelezen, las ik het volgende: als het met een jongere of kind met hechtingsprobleem uit de hand loopt kunnen ze opgenomen worden. Wat voor maatregelen zijn er van tevoren genomen?

Wat bedoel je met jongere of kind... Het is belangrijk om onderscheid te maken in leeftijd als je over opnemen praat. Een kind van 12 - 18 jaar wordt, als het thuis niet meer mogelijk is, opgenomen in een instelling. Vaak hebben zij dan al te maken gehad met de politie. Het jonge kind tot 12 jaar wordt niet gelijk in een instelling geplaatst. Als het in de thuissituatie onmogelijk is wordt het eerst in een pleeggezin geplaatst. Sommige kinderen doorlopen wel drie pleeggezinnen en worden dan uiteindelijk in een instelling geplaatst omdat pleegouders en pleeggezinnen de problematiek niet aankunnen. Het is belangrijk om pleeggezinnen eerst te identificeren of ze bestand zijn tegen en capaciteiten hebben voor kinderen met hechtingsproblematiek. Als het in een pleeggezin niet mogelijk is om te verblijven wordt het kind in een instelling geplaatst. Vaak worden ze tijdelijk in een dagverblijf opgenomen, maar met als doel om weer terug te keren naar de ouders en naar huis. Als het echt niet meer gaat en de gedragskenmerken zijn van zo'n ernstige aard wordt het kind in sommige gevallen gelijk opgenomen.

2. Niet goed gehecht is een risicofactor om later een hechtingsstoornis te ontwikkelen, tenzij er vroegtijdig wordt ingegrepen. Het is heel belangrijk te weten waar het fout is gegaan of waar het vandaan komt. Het kan in je genen zitten en het kan in de familie meer voorkomen. Postnatale depressie, het kind is goed verwacht, maar moeder krijgt dit. Het kind kan ook ongewenst zijn.

Wat zijn de behandelmogelijkheden om een hechtingsstoornis te voorkomen?

We zijn zelf een vereniging. De ouders kunnen bij ons hun hart luchten en wij geven aan welke behandelingen er mogelijk zijn. Dit doen we door een aantal boekjes op te sturen. De ouders maken een keuze in de soorten behandeling en wij geven aan waar bij hen in de buurt deze behandeling wordt gegeven. Wij hebben zelf twee gewone kinderen en een stiefkind met een hechtingsstoornis. Wij hebben voor de holdingtherapie gekozen en hebben hier ook goede ervaringen mee.

Wat voor behandeling adviseren jullie? Ik zal kiezen voor de differentiatie- en fasetherapie. Omdat daar terug wordt gegrepen op oorzaak van het probleem: de hechtingsstoornis.

3. Wanneer kan je zeggen dat je een hechtingsstoornis hebt ontwikkeld?

Dat kan ik niet zeggen. Het is belangrijk om een grondig psychiatrisch onderzoek te laten doen. Er is niet vroegtijdig gereageerd en men kan daardoor een hechtingsstoornis ontwikkelen.

4. **De één ontwikkelt wel een hechtingsstoornis door een onveilige hechting, de ander niet. Waaraan kan dit liggen?** Een grote invloed is de persoonlijkheid van het kind. Zit het in de genen en is het familiair? Ook ligt het aan de situatie waarin het kind zich bevindt. Bij een kind met het Geen-Bodem-Syndroom kan een situatie heel erg lang geduurd hebben. En dan heb je ook grote kans dat het een hechtingsstoornis ontwikkelt.
5. **Er zijn verschillende vormen van hechtingsstoornissen: het Geen-Bodem-Syndroom, reactieve hechtingsstoornis enz. Wat voor soorten hechtingsstoornissen zijn er? (In de informatie lees ik over verschillende soorten waarvan heel veel op hetzelfde neerkomen)** i.p.v. hechtingsstoornissen heeft de Lange er fundamentele relatiestoornis van gemaakt, het gaat in wezen om een hechtingsstoornis, het komt allemaal met elkaar overeen, maar het heeft een verzachtende naam. De fundamentele relatiestoornis is makkelijker veranderbaar. Het Geen-Bodem-Syndroom kan van heel ernstige zaak zijn. Een reactieve hechtingsstoornis, is een reactie op een traumatische ervaring; bijvoorbeeld al jong afgewezen, gepest.
6. **Een kind met het Geen-Bodem-Syndroom wordt ook een kind met een hechtingsstoornis genoemd en dan met een geadopteerde afkomst. Waarom noemen we niet alle hechtingsstoornissen "het Geen-Bodem-Syndroom"?** Geertje van Egmond heeft problemen met haar adoptiekind "het Geen- Bodem-Syndroom" genoemd. Zij schrijft daarbij dat je de kenmerken die zij beschrijft ook geldig zijn voor een biologisch eigen kind. Je hoeft dus eigenlijk niet een aparte lijst met gedragskenmerken te maken voor hechtingsstoornissen en het Geen-Bodem-Syndroom.
- 7 **Drs. Penninga beschrijft in haar theorie gedrag bij fundamentele relatiestoornis, en beschrijft daarbij wat het gedrag is van verschillende leeftijdscategorieën bijvoorbeeld peuters. Je hebt de actieve peuter en passieve peuter. Zijn deze soorten uitingen van een fundamentele relatiestoornis of zijn dat weer verschillende soorten relatiestoornissen, hoe moet ik dit zien?** Hechtingsstoornis wordt het door een psycholoog of kinderpsychiater genoemd. Orthopedagogen noemen het hechtingsproblematiek. Zij zeggen dat een hechtingsstoornis wel te behandelen is, maar niet weg zal gaan.
- 8 **Oorzaken van hechtingsstoornis zijn verschillend (trauma/ mishandeling/ adoptie) heeft dit ook invloed op de manier van begeleiden?** Het rijtje wordt aangevuld, het kan erfelijk bepaald zijn, in de genen, het kind is te vroeg geboren en moet in de couveuse, een ernstige operatie, postnatale depressie. Ik wil meer op het gebied van preventie, zoals voorlichting op scholen. Ook een goede begeleiding in de zwangerschap. Er moet beter ingegaan worden op vragen als: hoe voelt iemand zich, en wat is de reactie daarop? Je hoort nu moeders over harde buiken. Let goed op de manier van leven en de reactie van de moeder. Een foetus hoort en voelt de reactie van moeder. De mensen beseffen niet hoe belangrijk het is, om kostbaar om te gaan met de zwangerschap. Als er seksueel misbruik aan de orde is geweest moet heel voorzichtig gedaan worden met holding. Deze kinderen zijn namelijk bang om nog een keer misbruikt te worden.

Begeleiding:

- 9 **In de begeleiding van kinderen met een hechtingsstoornis gebruik je verschillende interventietechnieken. Welke interventietechnieken adviseren jullie om te gebruiken in een leefgroep waar ik als woonbegeleiding kan werken?** Dit is per kind verschillend. Wat wel heel belangrijk is dat de medewerkers op één lijn zitten qua begeleiding. Iedere begeleidster heeft wel haar eigen reactie, maar iedereen moet zich vasthouden aan de regels. Dit is voor deze kinderen belangrijk. Je moet als begeleider consequent zijn; ja is ja en nee is nee. Straffen en belonen, daar ben ik niet zo voor. Een pluim kun je geven, maar besef dat het na een kwartier fout kan gaan. Complimenten werken niet altijd, want ook na een

kwartier kan hij het vergeten hebben en maakt hij een fout. Wat ik wel eens gedaan heb een compliment geven op iets wat niet mag. Deze kinderen willen graag dat je boos wordt, want daar weten ze wel mee om te gaan. Maar als het op het emotionele gebied komt dan kijken ze wel uit. Het gevolg was wel dat hij het niet meer deed.

10 Wat is voor een kind met een hechtingsstoornis de juiste omgeving waar hij zijn hechtingsstoornis mogelijk onder controle krijgt? Ik bedoel wat is nodig in de begeleiding van kinderen met een hechtingsstoornis en de juiste omgeving waarin een kind begeleid wordt? Het is belangrijk om het kind steeds bezig te houden. Een dagprogramma is daarbij heel belangrijk. Time-out is ook belangrijk. Komt het kind bij je en wil hij je spreken en je hebt geen tijd, spreek een tijd af, en zet de wekker voor het kind. Is het kind er niet, dan is het ook niet meer nodig. Jouw grenzen geeft het kind veiligheid. Geef je geen tijd aan, door middel van een tijdstip te noemen of de wekker te zetten, dan komt het kind elke keer bij je, zij kunnen het begrip "straks" niet.

11 Hebben kinderen met het Geen-Bodem-Syndroom andere begeleiding nodig dan kinderen met een hechtingsstoornis? Zo ja welke? Vaak komen deze kinderen in justitiële inrichtingen terecht en blijven daar ongeveer 2 jaar. Als ze weer in de maatschappij zijn, worden ze begeleid en krijgen scholing. In die jaren worden ze getraind om straks weer de maatschappij in te kunnen. In sommige instellingen wordt er omgegaan met groepstherapie (sociotherapie) de opvoeding is heel strak en consequent. Deze kinderen en jongeren moeten ook geactiveerd blijven, anders komt er niks van terecht.

12 Als ik ga werken in een instelling waar kinderen met een hechtingsstoornis wonen, wat heb ik dan nodig om daar te kunnen werken? Kunt u mij adviezen geven? Het is belangrijk om je goed te verdiepen in de problematiek. Je moet uitkijken dat je niet de speelbal wordt tussen ouders en kind. Het kind verteld aan zijn ouders anders over jouw begeleiding dan het in werkelijkheid is. Ga het gesprek aan met de ouders, zij zijn ervaringsdeskundige en neem ze serieus. Het kind kan zijn ouders overal van beschuldigen en dat aan jou vertellen en daarom is het zo belangrijk dat je in gesprek gaat met de ouders.

13 Welke preventieactiviteiten kan ik beschrijven als een kind of jongere in een instelling opgenomen is? Wat ik heel belangrijk vind is dat er een behandelplan wordt geschreven in de instelling om de hechting te verbeteren en daarin de relatie met de ouders te betrekken. Het kind moet namelijk uiteindelijk weer terug naar de ouders. Het kind moet daarin wel meewerken. Kinderen tot 12 jaar moeten er aan meewerken. Kinderen vanaf 12 jaar zijn dat niet verplicht.

14 Welke behandelingstherapieën die verschillende psychologen geschreven hebben kan je ook gebruiken als je in de woonbegeleiding werkt met kinderen met een hechtingsstoornis? Groepstherapie wordt gebruikt, het is heel consequente en strakke therapie.

Algemeen

15 Wat vond u van dit interview?

Het is te begrijpen dat jij wil weten wat voor begeleiding je kan geven als een kind is opgenomen. Maar ik ga voor de behandeling om het kind thuis te laten blijven, het kind hoort bij de ouders.

6.3. Interview met een moeder

Aan de hand van gesprekspunten heb ik een gesprek gehad met een moeder van twee kinderen die kenmerken hebben van een hechtingsstoornis.

Ik heb de volgende gesprekspunten in de gaten gehouden:

- Gezin

- **Kenmerken hechtingsstoornis**
- **Hulpverlening**
- **Adviezen voor de begeleiding**

Van dit gesprek heb ik een kort verslag gemaakt:

Jenneke is met 8 maanden geadopteerd, het ging over het algemeen goed, alleen de voeding lukte niet. Met 3 maanden werd Jenneke in het ziekenhuis opgenomen. Ze was uitgedroogd. In het ziekenhuis begon het vreemde gedrag. Huilen en schreeuwen, ze wilde alleen bij mij zijn. Ze vertoonde dus vastklampend gedrag. Ze wilde niet meer alleen slapen. Wij gingen de eerste tijd dan ook op een matras bij haar liggen en als ze in slaap was gingen wij terug in ons eigen bed. Als Jenneke wakker werd, gingen we weer bij haar slapen. Dit hebben we heel langzaam afgebouwd tot ze alleen kon slapen. Ondanks dit gedrag wilden we toch proberen haar naar een peuterschool te brengen. Ik wist dat ik bij haar moest blijven en dat het daarna beter zou gaan. Op de peuterschool gedroeg ze zich als een keurig en lief meisje. "Er is niks aan de hand" zei de leiding, dit deed ons erg pijn. Maar thuis hadden wij de gevolgen na zo dag, huilen, huilen en boos zijn. Uiteindelijk hebben we haar thuis gelaten. Toen Jenneke 4 jaar was moest ze naar een school. De gewone basisschool adviseerde om haar naar speciaal basisonderwijs te laten gaan. Op deze school hebben wij uitleg gegeven dat het voor onze Jenneke nodig is dat ik de eerste poos bij haar moest blijven. Ik mocht bij Jenneke blijven, maar Jenneke gedroeg zich heel lief, dus mocht ik van school niet meer bij haar blijven. Dit deed ons heel pijn, maar thuis was er niks mee te beginnen. Huilen, dwars en vastklampen. Jenneke had ook een motorische achterstand. We hebben haar niet meer naar school laten gaan en ze heeft een poos thuis les gehad maar Jenneke liet niks van haar gedrag zien. We zijn met haar in speltherapie gegaan. Daar heeft ze geleerd als mamma weggaat, dat ze terugkomt. Jenneke zit nu op een school met 45 kinderen. Ik mocht bij haar blijven zolang het nodig was, en zij hielden aan de afspraak. Ik zei dan: mama zit hier met een boek, maar jij luistert naar de meester. Sinds ze op deze school is, is ze een stuk opgebloeid. Al heeft ze thuis nog dwarse manieren, en vraagt ze veel om duidelijkheid en structuur.

Janine had precies het tegenovergestelde gedrag; wegduwgedrag. Ze heeft vooral het dwarse gedrag. Ze manipuleert vooral met broekplassen. We hebben heel veel verschillende interventies geprobeerd; straffen, belonen, complimenteren, ze doet het toch. Janine is helemaal weg van kleding. Ze zegt dan: "mamma ik heb helemaal geen mooie kleding". We hebben geprobeerd om kleding tegenover broekplassen te stellen. Als je een week niet in je broek plast, dan krijg je nieuwe kleding. Maar dat lukte niet. Deze week werd het broekplassen alleen maar erger. De adoptie achtergrond is: Janine is gevonden toen ze een half jaar oud was, wat er allemaal in het eerste half jaar is gebeurd is, is nooit meer te achterhalen. Maar denk maar, dat er meer in die hoofdjes omgaat dan we denken. Op school zijn de resultaten redelijk goed maar als zij met vriendjes aan het spelen is, dan is het opeens: "bekijk het maar"!

Voor allebei hebben we holdingtherapie gevolgd. We hebben geleerd om de kinderen regelmatig bij ons te nemen. We hebben speciale grepen geleerd. Want onze kinderen vechten om los te komen. En wij mogen daar niet aan toegeven. Als de overgavefase er is, dan kunnen ze rustig bij je zitten, maar de ogen vliegen dan nog steeds rond om alles in de gaten te houden.

Begeleidingsadviezen:

- Neem deze kinderen serieus. Bijvoorbeeld bij verlatingsangst, kijk wat het kind nodig heeft.
- Strakke regelmaat is heel belangrijk, dat geeft het kind veiligheid.
- Wat je zegt, moet je ook doen.
- Dagprogramma
- Tastbare spullen gebruiken om het kind op zijn gemak te stellen. Bijvoorbeeld shirt uit China, een tijd in bed liggen en die langzaam vervangen door een shirt van moeder.
- Vaste woorden voor vaste dingen.
- Geef veel duidelijkheid.
- Ieder heeft zijn eigen speelgedeelte.

Hoofdstuk 7 Leefklimaat, interventietechnieken en preventieactiviteiten

Dit hoofdstuk beschrijft het leefklimaat, interventietechnieken en preventieactiviteiten. Elk onderdeel begint met een casus die aansluit op de casus uit hoofdstuk 6. Mijn visie en ideeën staan centraal in deze hoofdstukken, er zal daarbij ook koppelingen maken naar de theorie en praktijk. Aan het eind van elk onderdeel worden overeenkomsten en verschillen genoemd vanuit de theorie en vanuit de interviews in vergelijking met mijn visie en ideeën op het leefklimaat, interventietechnieken en preventieactiviteiten.

7.1. Leefklimaat

7.1.1. Vervolg casus hoofdstuk 6

Als je om het hoekje kijkt op de leefgroep van Nelliane en Pieter. Dan zie je dat Pieter bezig is met sjoelen samen met een groepsleiding. De deur vliegt open en daar komt een groepsgeenoot van Pieter aanrennen en spreekt gelijk de groepsleider aan. Hij wil iets vragen. De groepsleider is aan het sjoelen dus kan ze niet tegelijk met de groepsgeenoot van Pieter praten. De groepsleider pakt uit haar zak een kleine wekker. "Als de wekker gaat dan ben jij aan de beurt, dan kan ik met jou praten" zegt ze. Ze zet de wekker samen met de groepsgeenoot van Pieter en gaat daarna weer verder met sjoelen. Als de wekker gaat dan heeft de groepsgeenoot de mogelijkheid om te praten met groepsleiding.

Uitleg Casus

Het groepsgeenootje van Pieter moet duidelijkheid hebben wanneer hij de groepsleiding kan spreken. Als de groepsleiding gezegd had: "kom straks maar terug", dan had hij om de 3 minuten bij de groepsleiding gestaan. Pieter en zijn groepsgeenootjes hebben geen besef van tijd. Wat hebben Nelliane en Pieter en hun groepsgeenoten nodig in de begeleiding en in hun leefgroep? Wat is het beste leefklimaat?

7.1.2. Leefklimaat

Hulpvraag/overall visie⁶: geef ons/mij een klimaat waar betrouwbaarheid en veiligheid heerst en dat voorspelbaar is. Dat geeft ons/mij een veilige basis om de wereld verder te onderzoeken. Wij hebben meer kans om succeservaringen op te doen en ons vertrouwen in ons zelf en de ander kan vergroot worden.

Accenten in klimaat, relatie en situatie:

Klimaat:

- **Vast dagprogramma voor doordeweeks en in het weekend.**
Kinderen met een hechtingsstoornis ervaren veiligheid door voorspelbaarheid. Een dagprogramma waarin activiteiten zoals eten, douchen en naar bed gaan staat beschreven. Ook voor in het weekend een vast programma waarin activiteiten zoals eten, douchen en naar bed gaan staat beschreven. Deze kinderen hebben behoefte aan structuur en structuur biedt veiligheid. Veiligheid kan probleemgedrag verminderen of voorkomen.
- **Programma is zoveel mogelijk in gebouwd.**
Kinderen met een hechtingsstoornis kunnen zich moeilijk vermaken, ze houden zich liever aan een vast programma die zoveel mogelijk is ingebouwd, met activiteiten. Deze activiteiten zijn wel gericht op de belangstelling en kwaliteiten en uitbreiden van kwaliteiten. Bijvoorbeeld: Een jongere die ging het weekend naar huis, thuis was geen vast programma en geen activiteiten aanbod. Deze jongere zei: "wat heb ik eigenlijk vandaag gedaan" en liep voor hem zelf nutteloos rond. Deze jongere had wel activiteiten gedaan, maar toch vraagt hij om dit vaste programma. Door een vast programma kan je ook zijn gedachten verzetten.
- **Vaste taken programma, dit zoveel mogelijk richten op kwaliteiten en wat ze leuk vinden.**
Er zijn op een leefgroep verschillende taken uit te voeren, zoals afwassen, afdrogen, eten koken enz. Deze taken worden zoveel mogelijk door de leefgroep zelf gedaan. In deze vaste

⁶ N.a.v. orthopedagogisch methodiekmodel.

taken programma wordt gekeken wat voor kwaliteiten deze kinderen hebben en wat ze leuk vinden en daar wordt het programma op aangepast. Bijvoorbeeld: vindt een kind met een hechtingsstoornis het leuk om te koken, dan kan hij/zij helpen met koken. De kwaliteiten kunnen zo ook ontwikkelen. Zijn er meerdere kinderen die koken leuk vinden, dan moet er in de takenprogramma geschoven worden. Ook dan is het belangrijk dat het duidelijk op papier staat of bijvoorbeeld op de takenlijst neerzetten. Er moet ook hierin voorspelbaarheid zijn.

- **Woonbegeleider is identificatiefiguur.**

Een woonbegeleider is model voor het gedrag dat een alternatief is voor het probleemgedrag van het kind. Door zelf het voorbeeldgedrag te vertonen laat de woonbegeleider zien hoe 'mooie woorden' kunnen omgezet worden in gedrag. Dit is heel belangrijk voor een kind met een hechtingsstoornis, omdat zij vaak het inzicht niet hebben hoe bepaald gedrag kan omgezet worden in positief gedrag.

- **Kwaliteiten en positieve kanten worden gestimuleerd te ontwikkelen.**

In het competentiemodel⁷ wordt het vergroten van vaardigheden benadrukt om probleemgedrag te verminderen. Het gaat erom dat sterke kanten worden vergroot. Dat is in het pedagogische klimaat voor kinderen en jongere met een hechtingsstoornis ook nodig. Kwaliteiten en positieve kanten worden ontwikkeld. Deze kinderen hebben geen vertrouwen in zichzelf, en daarom is het belangrijk om deze kwaliteiten en positieve kanten gestimuleerd worden. Maar ook naar de toekomst gericht, het kind moet terug naar de maatschappij en naar de ouders.

- **Duidelijkheid over de plek waar de verschillende activiteiten worden uitgevoerd.**

Duidelijkheid over de plek is voor het kind duidelijk en voorspelbaar en dat geeft veiligheid. Een vaste plek aan tafel, speciale speelhoeken voor bijvoorbeeld knutselen, lego, tanden poetsen op eigen kamer.

Relatie:

- **Evenwicht tussen afstand en nabijheid.**

Het is belangrijk om bij kinderen met een hechtingsstoornis het juiste evenwicht te vinden tussen afstand en nabijheid. Niet te afstandelijk maar ook niet te dichtbij. Als een woonbegeleider te dichtbij komt dan kan het kind zich bedreigt voelen, en dan kan het juist opgebouwde contact kapot gemaakt worden. Als woonbegeleider kan je ook niet te afstandelijk zijn, het kind wil graag ook liefde, belangstelling voelen.

- **Eerlijk en echtheid.**

Deze kinderen zijn zo beschadigd en daardoor voorzichtig in hun relaties, dat ze de kwetsbaarheid van de ander meteen herkennen. Niet echt en eerlijk zijn, wordt direct doorzien en is een teken van onbetrouwbaarheid van een ander. Dit is onvoorspelbaar en dat is onveilig.

- **Woorden laten zien in daden.**

Kinderen met een hechtingsstoornissen komen terug op woorden die een woonbegeleider heeft gezegd. Woorden moeten omgezet worden in daden. Deze kinderen moeten het zien in de daden van de woonbegeleider. Als woorden in daden worden omgezet geeft dat het kind vertrouwen en veiligheid.

- **Continuïteit in het team.**

In elk leefklimaat is het continuïteit van het team een voorwaarde. Dus ook in het leefklimaat van kinderen met een hechtingsstoornis. Het kan wel eens zo zijn dat deze kinderen graag een ander willen zien in het team als de woonbegeleider te dicht in de buurt komt en dat ze zich onveilig gaan voelen. Aan de andere kant is er ook veiligheid in de continuïteit in het team. Deze kinderen hoeven dan niet elke keer weer grenzen te verkennen, na te gaan of de begeleider betrouwbaar is.

- **Het herkennen van het onvermogen, en het zien van positieve kanten.**

Als de woonbegeleider in deze kinderen het onvermogen herkent, het onvermogen tot ander gedrag. Dan is de woonbegeleider niet alleen gericht op het probleemgedrag. Het kind zal zich erkend voelen in zijn onvermogen, in plaats van veroordeeld op zijn gedrag. De woonbegeleider die dit herkent, heeft meer ruimte voor de goede en leuke kanten en kan daarin positief benaderen en versterken.

⁷ Competentiemodel hoofdstuk 5.

- **Grenzen aangeven.**
Grenzen aangeven geeft veiligheid, onbegrensde geeft onveiligheid. Deze kinderen kunnen nabijheid gaan zoeken bij jou, als deze nabijheid er is kan het kind het niet aan en zal de relatie kapot maken. Jij moet grenzen aangeven, als je ziet dat het kind er onder gaat leiden, dat kan frustratie voorkomen. Grenzen zijn ook belangrijk als ze jou als woonbegeleider willen uithoren.
- **Het accepteren van het kind/jongere achter het gedrag.**
Ieder kind hoor je te accepteren, dat wil niet zeggen dat je zijn gedrag accepteert. Bij een kind met een hechtingsstoornis moet je het probleemgedrag zien als het onvermogen om probleemgedrag te verminderen. Als je het kind zelf accepteert. Kan je als een professionele woonbegeleider, de beste begeleidingmethode en mogelijkheden zoeken die bij het kind past, om probleemgedrag te verminderen of te voorkomen.
- **Geduld.**
Geduld is belangrijk in de relatie met kinderen met een hechtingsstoornis. Het kind kan nadat de woonbegeleider gepraat heeft, weer wat vernielen, of weer liegen. Daarom is geduld zo belangrijk, het vertrouwen in zichzelf en de ander moet eerst groeien. En we moeten ook beseffen dat het kind zijn geweten nauwelijks is ontwikkeld.
- **Stimulerend.**
Kinderen met een hechtingsstoornis moeten veel gestimuleerd worden. Bijvoorbeeld: het kind moet van de dokter elke dag oefeningen doen voor de spieren. Jij als woonbegeleider moet blijven stimuleren. Want anders laat het kind het er bij zitten.
- **In de relatie met een kind met een hechtingsstoornis wordt rekening gehouden met de terugkeer naar de thuissituatie.**
Als woonbegeleider moet je rekening houden in de relatie met het kind, dat het kind ook terug moet naar de thuissituatie. Daarom is het belangrijk dat je de juiste verhouding met het kind aangaat. Verhouding waar veiligheid en vertrouwen heerst, en waar gekeken wordt naar het vergroten van kwaliteiten. Maar je kunt als woonbegeleider niet "een moeder" vervangen.

Situatie:

- **Grenzen worden duidelijk gesteld.**
In een situatie waar naar grenzen wordt gevraagd, worden grenzen gegeven. Als er situaties zijn waarin probleemgedrag voorkomt, worden er duidelijk grenzen aangegeven.
- **Duidelijk communiceren en afspraken maken.**
In de manier van communiceren wordt gekeken naar mogelijk probleemgedrag, dat vanuit het communiceren kan gaan komen. Daarom is het voor een kind met een hechtingsstoornis belangrijk dat er duidelijk wordt gecommuniceerd. Met duidelijkheid wordt bedoeld. Duidelijk tijd afspreken, niet zeggen "kom straks maar terug" maak bijvoorbeeld gebruik van verwijzers, zoals een wekker. Dit geeft hun veiligheid en voorkomt ergernis bij de woonbegeleider. Met duidelijk communiceren wordt ook bedoeld: duidelijk spreken, korte zinnen, dezelfde woorden gebruiken vaste dingen.
- **Consequent zijn.**
Ja is ja en nee is nee. Niet toegeven, deze kinderen hebben duidelijkheid nodig. Als de woonbegeleider niet consequent is, verlegt de woonbegeleider ook de grenzen die ze juist nodig hebben.
- **Ieder kind heeft zijn eigen hulpvragen.**
Niet ieder kind heeft hetzelfde probleemgedrag en heeft dezelfde begeleidingsbehoefte. In dit leefklimaat wordt gekeken naar ieder kind zijn behoefte, probleemgedrag, kwaliteiten en positieve kanten.
- **Op adequate wijze wordt er om gegaan met fysiek en seksueel gedrag.**
Er wordt niet angstig of afwijkend gereageerd op fysiek en seksueel gedrag, dit geeft verwarring en onveiligheid. Er wordt open gesproken als de situatie er is of als het kind er naar vraagt.
- **Iedereen krijgt deskundig begeleiding van de ondersteunende aanpak.⁸**

⁸ orthopedagogisch methodiekmodel hoofdstuk 5.

De ondersteunende aanpak, die geeft aan wat voor begeleiding het kind nodig heeft en geeft mogelijke ondersteuning aan de woonbegeleiders. De ondersteunende aanpak geeft zelf ook begeleiding in verschillende vormen.

7.1.3. Overeenkomsten en verschillen vanuit de theorie en vanuit de interviews

In de theorie komt vooral naar voren voorspelbaarheid en dat bieden in de vorm van vaste momenten voor activiteiten en duidelijkheid over de plek van de activiteiten in de vorm van vaste plek aan tafel, speciale ruimte/hoek voor speelgoed. In de interviews kwam vooral naar voren een vast dagprogramma, speciale ruimte/hoek voor speelgoed, woorden naar daden omzetten en consequent zijn. Ieder kind heeft zijn eigen hulpvraag, dit vind ik zelf belangrijk om bij dit lijstje neer te zetten, niet ieder kind heeft dezelfde kenmerken van een hechtingsstoornis. Ik kon heel weinig terug vinden in de literatuur, hoe je het kind het best terug kunt begeleiden naar de thuissituatie. Ik vind dat daar wel rekening mee gehouden moet worden in het leefklimaat. Het kind moet niet terugvallen als hij in de thuissituatie terugkomt.

7.2. Interventietechnieken

7.2.1. Vervolg casus hoofdstuk 6

Bij jou als woonbegeleider zijn een aantal boze telefoontjes binnengekomen van familie en kennissen uit het netwerk van Nelliane. Het wordt Nelliane kwalijk genomen dat ze niet reageert op kaarten, brieven en verjaardagen van familieleden. Jij als woonbegeleider ziet dat Nelliane het niet aan kan en dat dit teveel van haar gevraagd is. Er wordt afgesproken dat er een lijst komt wie wanneer jarig is en samen met Nelliane wordt er een kaarten gestuurd. Nelliane wordt geholpen om deze contacten te onderhouden. Als dit nou niet gebeurd was, was er de mogelijkheid dat Nelliane dit in het probleemgedrag gaat uiten. Dit is één interventietechniek die een woonbegeleider kan gebruiken, namelijk hergroeperen.

7.2.2. Interventies

Interventietechnieken die je kunt gebruiken in de begeleiding van deze kinderen:

Interesse tonen

Het kind met een hechtingsstoornis heeft probleemgedrag. Als woonbegeleider moeten we niet alleen kijken naar het probleemgedrag, maar we moeten juist kijken wat schuilt achter het probleemgedrag. Dit kan je doen door het benoemen van de angst. Als woonbegeleider laat je dan merken dat je die angst ziet en serieus neemt.

Het tonen van affectie

Het is belangrijk om het kind te laten merken dat je van haar/hem houdt. Ze hebben het vertrouwen in zichzelf en de ander, de wereld verloren. Het kind kan zo nog probleemgedrag naar jou toe vertonen. Bijvoorbeeld uitspelen en manipuleren, maar probeer te laten merken dat je van de persoon houdt, en hem/haar mag. Als woonbegeleider moet je hier uiterst voorzichtig mee omgaan, niet forceren. Een kind met een hechtingsstoornis heeft wel duidelijk behoefte aan warmte en intimiteit.

Straffen

Het kind met een hechtingsstoornis woont in een leefklimaat waar regels gelden. Het kind met een hechtingsstoornis overtreedt deze regels, dan mag je hem aanspreken op zijn gedrag. Zijn gedrag mag je straffen. Je moet dan wel beseffen dat het kind over een kwartier weer iets kan doen dat niet mag. We moeten dan kijken of er andere regels enzovoort. gesteld moet worden. Als woonbegeleider mag je nooit dreigen met straffen als je die niet waarmaakt, straf direct en concreet.

Beperking van ruimte en materiaal

Een kind met een hechtingsstoornis heeft behoefte aan structuur, invulling van de dag, maar ook een vaste plek aan tafel. Deze kinderen hebben ook behoefte om te weten in wat voor ruimtes ze mogen komen en met wat voor speelgoed ze mogen spelen. Het is belangrijk als je het kind naar zijn eigen kamer stuurt, dat je zegt "alleen naar je eigen kamer". Iedereen heeft zijn eigen speelhoek of speelgoed en dat is van jou.

Hulp bij zware hindernissen

Een kind met een hechtingsstoornis moet voortdurend de wereld in de gaten houden, hij observeert en als het mogelijk is manipuleert. Dit kost een kind heel veel energie. Dit gaat ten koste van schoolresultaten enz. Als woonbegeleider kun je hulp bieden bij moeilijke sommen, toetsen enzovoort.

Maar je kunt als woonbegeleider ook helpen om de angst van de bewoner te benoemen, en gerust te stellen zodat hij na bijvoorbeeld negatief gedrag weer terug durft te komen in de groep.

Bewust negeren

Als woonbegeleider kun je er voor kiezen om gedrag bewust te negeren, maar het is hierin wel belangrijk dat je het kind goed kent. Daarnaast is het belangrijk dat je het kind serieus neemt, want achter het probleemgedrag zit vaak angst. Ook wil het kind graag duidelijkheid en vastigheid in de relatie. Zij willen weten, wat ze aan jou hebben. Als ze weten wat jij van iets vindt, geeft dat veiligheid.

Hergroeperen

Als woonbegeleider is het wel eens nodig om te hergroeperen. Als een woonbegeleider merkt dat er aan tafel onrust ontstaat als twee bewoners naast elkaar zitten, gaat ze de tafelindeling veranderen. De woonbegeleider probeert hierdoor te voorkomen, dat geen een van de kinderen hierdoor in probleemgedrag vervalt

Herstructureren

Als woonbegeleider kun je te maken krijgen met een kind wat jou wil spreken, of wat aan je wil vragen. Jij als woonbegeleider kan op dat moment bezig zijn met een ander kind. Op dat moment heb je geen tijd, je kunt dan zeggen: "kom straks maar weer". Maar deze kinderen hebben geen besef van tijd. Je gaat dan opnieuw duidelijk maken via een wekker of een tijd benoemen, wanneer het kind jou kan spreken. Dit geeft meer duidelijkheid dan dat je zegt "kom straks maar weer terug".

7.2.3. Overeenkomsten en verschillen vanuit de theorie en vanuit de interviews

Ik heb in de theorie niet veel kunnen vinden over interventietechnieken, interventies die je kunt gebruiken in de begeleiding. Wel heb ik theorie gelezen over het straffen⁹. Een straf moet direct en concreet zijn, je mag niet slaan en dreig nooit met straffen die je niet waar kunt maken. Ook opmerkingen als: "dit valt me weer ontzettend van je tegen" kun je beter achterwege laten. Wat ook erg belangrijk is dat je als woonbegeleiders achter dezelfde straf staat. Er staan wel veel theorieën beschreven die je kunt gebruiken in de begeleiding, maar als woonbegeleider moet je die link maken: bij welke gedragskenmerken hoort welke begeleiding. Daarnaast werd er in het interview op gewezen dat ieder kind weer zijn eigen benaderingswijze heeft, dus dat je nooit iedereen over één kam kan scheren. De interventies die ik beschreven heb, kun je gebruiken voor kinderen met een hechtingsstoornis. Het ene kind zal herstructureren nodig hebben, de ander bewust negeren. In het interview werd er op gewezen dat je moet beseffen dat het kind na 5 minuten weer een fout kan begaan. Als het kind met een hechtingsstoornis iets goed gedaan heeft, vind ik het toch belangrijk dat het kind een compliment krijgt. De reden dat het kind na 10 minuten weer een fout kan begaan, is niet de reden om geen compliment te geven. Ik denk wel dat het besef in alles moet zijn, dat het kind, na een straf, beloning of compliment zo weer een fout kan begaan.

7.3. Preventieactiviteiten

7.3.1. Vervolg casus hoofdstuk 6

Pieter wordt één keer in de week op een vast moment gebeld door zijn ouders. Pieter zelf mag ook één keer per week naar zijn ouders bellen. Pieter vindt het fijn als hij zijn ouders aan de telefoon heeft. In het telefoongesprek vertelt moeder hoe het met zijn oudere broer gaat, en wat hij allemaal doet. Zijn moeder bedoelt het goed, maar voor Pieter is het een soort afwijzing. Moeder heeft plezier van z'n broer, maar verdriet van hem. Na het telefoongesprek zit Pieter voor zich uit te kijken, dit gebeurt regelmatig. De ervaring van de groepsleiding is dat hij een uitbarsting kan krijgen. Omdat de groepsleiding dit weet reageert hij na het telefoongesprek met: "Pieter, ik ga eten klaarmaken, als je mee wilt helpen kom je maar". Pieter komt vaak na een kwartier eten klaarmaken. Door hem uit te nodigen om mee te helpen met het eten klaarmaken, voorkomt de groepsleiding een uitbarsting. Dus de activiteit is ter voorkoming van een uitbarsting. Belangrijk is hoe groepsleiding er op reageert.

⁹ Lezing van Geertje van Egmond, "Omgaan met GBS-kinderen en jongeren."

7.3.2. Preventieactiviteiten

Welke preventiemogelijkheden zijn er en op welke manier kunnen we deze preventieactiviteiten vormgeven?

Preventieactiviteiten kan je onderverdelen in primaire preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie.

Primaire preventie: probeer je te voorkomen dat er problemen, aandoeningen of ziektes voordoen.

Activiteit : dagprogramma

Doel : Het bieden van veiligheid, door een voorspelbaar dagprogramma. Een kind met een hechtingsstoornis ervaart veiligheid door een voorspelbaar dagprogramma. Een voorspelbaar en vast dagprogramma, dat helemaal ingepland is met activiteiten. De kinderen worden zomin mogelijk teruggeworpen op hun eigen gedachten, gedachten die ze soms wanhopig maken en hen weer uitnodigen om zichzelf te handhaven, doormiddel van negatief gedrag.

Vormgeving: een dagprogramma waarin vaste activiteiten op vaste momenten zijn ingepland zoals eten en drinken. En activiteiten die ingepland zijn na eigen keuze en mogelijkheden.

Activiteit: deuren op slot van de slaapkamers, 's nachts en overdag, als het kind op z'n kamer is, dan moet de deur open zijn. Kinderen met een hechtingsstoornis kunnen een verstoorde beleving van seksualiteit en intimiteit hebben en kunnen stelen.

Doel: seksualiteit spelletjes verminderen en bestellen van eigen groepsgenoten voorkomen

Vormgeving: deuren zijn op slot 's nachts. De deuren kunnen vanuit de binnenkant geopend worden, vanaf de buitenkant niet. Overdag moet de deuren open zijn als de kinderen op hun kamer zijn, zodat de woonbegeleider, nadat zij geklopt heeft gelijk naar binnen kan gaan. Zijn de kinderen niet op hun kamer dan moeten de deuren op slot zijn. Hier geldt regel is regel.

Secundaire preventie: spoor je problemen, ziekte en aandoeningen op in een vroeg stadium.

Activiteit : Rapporteren

Doel : Door goed en zorgvuldig te rapporteren, kan je problemen in een vroege stadium ontdekken. Kinderen met een hechtingsstoornis kunnen verschillende gedragskenmerken hebben. Door deze gedragskenmerken kunnen mogelijk andere problemen ontstaan, dus problemen die voortvloeien uit bepaalde gedragskenmerken. Een kind met een hechtingsstoornis kan automutileren, dit kan hij doen omdat hij angstig is voor een bepaald moment, hij heeft geen voorspelbaarheid of duidelijk programma. Het kind heeft door het automutileren verwondingen en kan niet hygiënisch met zichzelf omgaan. Hij heeft al een keer eerder een ontsteking gehad, maar omdat groepsleiding goed gerapporteerd heeft, werd er voor gezorgd dat het niet erger werd.

Vormgeving: Rapporteren aan de hand van rapportage punten. Door aan de hand van deze punten te rapporteren kun je nagaan: waar het gedrag vandaan kwam, wat de gevolgen daarvan waren, en de mogelijke stappen die ondernomen zijn, of nog ondernomen moet worden. Het vraagt van groepsleiding consequent en objectief rapporteren.

Tertiaire preventie: gaat het om ingrijpen bij een aanwezige ziekte of een reeds bestaand probleem, het is niet te verhelpen.

Activiteit : het omgaan met eigen spullen. Kinderen met een hechtingsstoornis willen graag spullen ontvangen, maar kunnen geen zorg dragen voor hun eigen spullen.

Doel : Het kind met een hechtingsstoornis gaat zorgvuldiger met haar spullen om.

Vormgeving: een mogelijkheid voor beter omgaan met eigen spullen. Als woonbegeleider kun je een mand maken en in die mand stop je de belangrijkste spullen van het kind. Als groepsleiding ben je een voorbeeldfunctie, je blijft dit elke keer doen. Totdat het kind hetzelfde gaat doen. Het kind kan gaan vragen aan jou of het mag spelen met datgene wat in de mand zit en ruimt het daarna op in de mand waarin het moet. Uiteindelijk is het mogelijk dat het kind, het speeltje mee naar haar kamer neemt en een plek geeft.

Activiteit: samen met moeder werken aan een activiteit.

Doel: het is belangrijk dat het contact tussen moeder en kind verbetert. Als het kind naar huis gaat, is het een minder grote overgang en heeft het minder kans dat het terug valt in hetzelfde gedrag.

Vormgeving: elke week een activiteit doen samen met moeder. Een activiteit waarin groepsleiding wel in de buurt is, maar niet te zien is. Een activiteit die niet te intensief is, maar waar moeder en kind allebei aan kunnen werken. De bedoeling van de activiteit is, dat het kind weer vertrouwen in de

moeder krijgt. Moeder kan doormiddel van de activiteit laten merken dat ze te vertrouwen is. Het zijn korte momenten, maar wel momenten waar weer in geoefend kan worden. Het is wel goed dat moeder daarin ook begeleiding krijgt, dat is niet de taak van de groepsleiding, maar wel van andere disciplines.

7.3.3. Overeenkomsten en verschillen vanuit de theorie en vanuit de interviews

In de theorie was eigenlijk niks te lezen over preventieactiviteiten. Wel zijn er preventieactiviteiten beschreven, waarin het gaat om het voorkomen van onveilige hechting. Preventieactiviteiten waarin het gaat om de mogelijke oorzaken van onveilige hechting te voorkomen. Daarvoor zijn er nu de speciale Kopp-projecten. In het interview kwam dit punt ook naar voren, de moeder moet tijdens de zwangerschap goed begeleid worden. Preventieactiviteiten voor in een jeugdhuis en het al aanwezig zijn van een hechtingsstoornis, daarover kon ik in de theorie niks lezen. In het interview kwam naar voren dat het kind thuis hoort, en dat is de plek van het kind ook. Maar in sommige situaties is het toch echt nodig dat het kind opgenomen moet worden in een jeugdhuis, en wat is dan de beste begeleiding? In het interview werd benadrukt dat er meer gewerkt moet worden, naar de thuissituatie terug. Daarom heb ik de laatste preventieactiviteit gericht op het contact van moeder en het kind in een jeugdhuis.

Hoofdstuk 8 Profielwerker, interdisciplinair werken en aanbevelingen

Dit hoofdstuk beschrijft het profiel van een werker en het interdisciplinair werken. Elk hoofdstuk begint met een casus, die aansluit op de casus die in hoofdstuk 6 staat beschreven, daarna wordt het profielwerker en interdisciplinair werken beschreven en daarin gaat het om de vraag hoe zie ik een werker en het interdisciplinair werken. Daarna zal ik overeenkomsten en verschillen benoemen vanuit de theorie en vanuit de interviews in vergelijking met mijn visie op een profiel van een woonbegeleider.

In hoofdstuk 8.3. zijn aanbevelingen geschreven voor woonbegeleiders en ouders.

8.1. Profielwerker

8.1.1. Casus: vervolg casus hoofdstuk 6

Janine is een nieuwe medewerker. De jongens en meisjes van de groep kijken bij haar de kat uit de boom. Dit doen ze onder andere door haar allerlei vragen te stellen. Ze gaan steeds verder en komen tot in het diepste van haar privé-leven. Janine gaat een heel eind mee in de vragen van de kinderen. De kinderen worden hier erg lacherig van en er komt een rel. Janine vertelt later aan haar collega dat ze het aan de ene kant heel vervelend vond en aan de andere kant "open" wilde zijn voor de kinderen. Janine heeft niet duidelijk haar grenzen aangegeven, waardoor zij niet alleen, maar ook de kinderen zich onveilig zijn gaan voelen.

Wat heeft een medewerker nodig om kinderen met hechtingsstoornissen te begeleiden?

8.1.2. Profiel woonbegeleider

Houdingsaspecten

- **Als medewerker bied je veiligheid in het begeleiden van deze kinderen.**
Bij een kind met een hechtingsstoornis speelt op de achtergrond, angst en onveiligheid. Ze ervaren angst en onveiligheid in de wereld, dus in eerste instantie bij jou als medewerker ook, om de angst en onveiligheid richting jou te verminderen, bied je veiligheid.
- **Als medewerker kun je vertrouwen creëren in het begeleiden.**
Een kind met een hechtingsstoornis ontbreekt het aan vertrouwen, naar de buitenwereld maar ook in zichzelf. De relatie met het kind is dan ook heel belangrijk. De orthopedagogisch methodiek zegt dan ook dat je vertrouwen kunt creëren door: klimaat creëren, relatie presenteren en situatie hanteren.
- **Als medewerker ben je echt en betrouwbaar.**
Een kind met een hechtingsstoornis observeert voortdurend de wereld en is dan ook getraind in het gedrag observeren van een volwassene. Dit is ook een van de kenmerken van het gedrag van een kind met een hechtingsstoornis. Deze kinderen hebben dan ook goed door of je je echt voordoet zoals je bent, ze prikken hier heel snel doorheen. In de relatie voelen ze dan ook haarfijn aan of je belangstelling voor hen, echt, gemaakt, of echt belangstellend is. Onbetrouwbaar is voor hen onvoorspelbaar en dat is voor hen onveiligheid.
- **De medewerker kent haar eigen grenzen.**
Als je als medewerker je eigen grenzen niet kent, word je onzeker in het begeleiden van deze kinderen, en deze kinderen voelen dit haarfijn aan en dat geeft voor hen onzekerheid en wantrouwen.
- **De medewerker geeft haar eigen grenzen aan.**
Kinderen met een hechtingsstoornis zoeken naar de grenzen van jou. Deze grenzen geven voor hen dan ook veiligheid. Deze kinderen gaan op zoek naar nabijheid, maar kunnen dit niet aan, en uit zelfbehoud, maken de kinderen deze relatie, die net is gecreëerd kapot. Als de woonbegeleider duidelijk zijn grenzen aangeeft, dan hoeft het kind niet te komen tot het kapot maken van de gecreëerde situatie. Als de medewerker ook haar eigen grenzen aangeeft, voorkomt dat frustratie.
- **De medewerker is bewust dat hij identificatiefiguur is.**
Als medewerker ben je de identificatiefiguur, je bent een model voor deze kinderen waaraan ze zichzelf kunnen ontlenen

- **De medewerker kan binnen het leefklimaat indicatief zijn voor het gedrag dat het alternatief is voor het probleemgedrag. (Deze competentie is gevonden in de literatuur).**
Als medewerker moet je gesproken woorden, wat goed gedrag betekent, omzetten in je eigen gedrag. Een medewerker die woorden spreekt, en in het gedrag anders doet, betekent voor de kinderen een onveilige begeleider. Deze competentie ligt heel dichtbij de eerste competentie.
- **De medewerker gaat zorgvuldig om in de begeleiding met de achtergronden van deze kinderen.** Een kind dat seksueel misbruikt is, daarbij moet je heel erg uitkijken met aanrakingen. De medewerker moet zorgvuldig hiermee omgaan, want dat geeft veiligheid en vertrouwen.
- **De medewerker kan de verantwoordelijkheid en het begeleiden van deze kinderen aan.**
Het is geen gemakkelijke doelgroep, kinderen met een hechtingsstoornis, het is belangrijk om de verantwoordelijkheid aan te kunnen. Daarom is het belangrijk te weten hoe je tegen deze doelgroep aankijkt, zijn er factoren waarom ik de verantwoordelijkheid niet aan zult kunnen, en wat zijn juist mijn krachten. Openheid tegenover je collega's is dan heel belangrijk.
- **De medewerker gaat zorgvuldig met privacygevoelige informatie om.**
De medewerker weet dat vertrouwelijke informatie binnen de instelling moet blijven, en niet naar de maatschappij gecommuniceerd mag worden. De medewerker gaat ook zorgvuldig om met het formuleren van privacygevoelige informatie. Heel belangrijk ook richting de relatie met ouders, en het hoort bij de professionaliteit.
- **De medewerker kan eigen gevoelens hanteren en kan hierover praten en vraagt hulp als het nodig is aan leidinggevende.**
Als medewerker moet je hiervoor opletten als je nog niet zolang werkt in een instelling met kinderen met een hechtingsstoornis. Als medewerker heb je soms de visie van een ander nodig om weer goed om te kunnen gaan met deze kinderen en je gevoelens weer onder controle te krijgen.
- **De medewerker gaat respectvol om met personen met een andere geloofsovertuiging, en staat open voor verdieping in de achtergrond.**
In een neutrale instelling komen kinderen met verschillende geloofsovertuigingen en met ouders krijg je ook te maken. Kinderen en ouders kunnen bepaalde rituelen, waarden en normen hebben, als je de achtergrond daar niet van weet wordt het misschien gezien als een gedragskenmerk.
- **De medewerker kan een juist evenwicht vinden tussen afstand en nabijheid.** Te veel nabijheid kan voor het kind met een hechtingsstoornis bedreigend overkomen. Te veel afstand kan voor het kind weer afstandelijk zijn. Het kind wil namelijk wel veiligheid.

Vaardigheden en houdingsaspecten

- **Als medewerker moet je consequent zijn.**
Bij een kind met een hechtingsstoornis kan één van de gedragskenmerken zijn "ongeremd en onverzadigbaar". Het kind kan bij jou als medewerker elke keer om bepaalde dingen vragen, en hij wil steeds meer. Jij als medewerker moet daarin, maar ook in andere situaties consequent zijn, ja is ja en nee is nee.
- **De medewerker kan adequaat omgaan met fysieke en seksueel gedrag.**
Dit is een van de kenmerken van het gedrag van kinderen met een hechtingsstoornis. Het kind is gewend om vanuit het lustprincipe te handelen er is dan ook een grote kans op ontsporing. Als medewerker moet je daar adequaat mee omgaan, angstige of afwijkende reactie op het onderwerp, roept bij het kind juist verwarring en onveiligheid op. Daarom is het belangrijk om er open over te praten, dat geeft het kind minder onveiligheid en verwarring.
- **De medewerker neemt de ouders serieus en gaat met hen in gesprek.**
Vanuit het interview is dit mij bij gebleven. Een kind met een hechtingsstoornis vertelt vaak aan ouders een verhaal over jou als woonbegeleider, dat niet helemaal waar is. En deze kinderen vertellen aan jou als woonbegeleider situaties over de ouders die helemaal niet waar zijn. Daarom is in gesprek blijven zo belangrijk.

Vaardigheden

- **De medewerker kan overzicht houden en kan taken plannen**
- **De medewerker heeft redelijk de spelling en schrijfstijl onder controle.**
Belangrijk, want je moet rapporten schrijven en daarin moet alles helder verwoord worden, om te voorkomen dat het verkeerd overkomt.
- **De medewerker kan observeren en rapporteren**
Als je goed wilt observeren en rapporteren moet de medewerker een goed overzicht hebben van de gedragskenmerken van een hechtingsstoornis en dit kunnen signaleren.
- **De medewerker kan samenwerken met collega's binnen het team.**
Kunnen samenwerken is een item, omdat het belangrijk is dat de begeleiding wordt afgestemd, en dat je hierin elkaar ook aan kunt spreken. De begeleiding wordt hierdoor professioneler. Doordat iedereen dezelfde begeleiding biedt en zich aan afspraken houdt, geeft dat veiligheid voor het kind met een hechtingsstoornis.

Kennis en houdingsaspecten

- **De medewerker herkent en accepteert het onvermogen van een kind met een hechtingsstoornis.**
Als de medewerker dit herkent dan ziet hij ook de goede en leuke kanten van het kind, en kan hem hierin stimuleren en positief benaderen.
- **De medewerker herkent somatische aandoeningen als signaal voor mogelijke oplevende spanningen en stemt daar haar reactie op af.**
In een van de gedragskenmerken las ik, dat het kind nauwelijks aandacht heeft voor zichzelf en voor het lichaam. Het kind moet zo de wereld in de gaten houden, dat hij niet aan zichzelf en aan zijn lichaam denkt. Het is daarom belangrijk dat de medewerker de somatische aandoeningen herkent en dit kan opmerken als een signaal voor mogelijke spanningen.
- **De medewerker kan achter het probleemgedrag de angst van het kind herkennen, de reactie is gericht op veiligheid.**
Het is belangrijk om de vraag achter het probleemgedrag te herkennen en niet alleen op het probleemgedrag te richten. Als medewerker moet je proberen professioneel om te gaan met het probleemgedrag, daarom moet de reactie gericht zijn op veiligheid voor het kind.
- **Herkent situaties en creëert situaties die kans bieden op ontwikkelen.** In het competentiemodel wordt dit juist gestimuleerd en dat vind ik erg belangrijk. Zo richt de woonbegeleider zich niet alleen op het probleemgedrag, maar zie je juist het kind met hun eigen mogelijkheden. En deze mogelijkheden hoeven maar heel klein te zijn.

Kennis en vaardigheden

- **De medewerker kan overleggen met andere disciplines en instellingen, en stelt het belang van de cliënt centraal.**
Het is belangrijk om de kwaliteiten van andere disciplines en instellingen in te schakelen, en daarom is het belangrijk dat de medewerker duidelijk kan overleggen, en de hulpvraag duidelijk heeft.

Kennis

- **De medewerker heeft kennis en ervaring met kinderen (hechtings) problemen.**

8.1.3. Overeenkomsten en verschillen vanuit de theorie en vanuit de interviews.

In de theorie staat veel geschreven over de gedragskenmerken van een kind met een hechtingsstoornis. In het beschrijven van dit profiel van een woonbegeleider, heb ik deze gedragskenmerken meegenomen. Een voorbeeld daarvan is: een kind met een hechtingsstoornis heeft geen aandacht voor zichzelf en eigen lichaam. Daarom is het ook belangrijk dat een woonbegeleider de somatische signalen signaleert. Spanning kan ook vanuit een pijnsignaal van het lichaam komen. Wat ik in het theoriegedeelte mis en wat ik zelf heel belangrijk vind is: het aankunnen van de verantwoordelijkheid en het begeleiden van deze kinderen. Een medewerker kan goed zijn in het signaleren, het begeleiden en accepteert een kind met een hechtingsstoornis. Maar als je de verantwoordelijkheid en de energie in het begeleiden niet kan dragen, gaat het ook mis op een gegeven moment in het begeleiden. Dan kan je alsnog een onveilige situatie creëren, terwijl dat niet

de bedoeling is. In het interview hebben ze mij ook adviezen meegegeven voor een woonbegeleider. Deze (ervarings) deskundigen die hamerden erop, dat consequent zijn en grenzen aangeven erg belangrijk is. Dit heb ik ook meegenomen in het beschrijven van het profiel. In het interview kwam naar voren wat je in het algemeen nodig hebt in het begeleiden van kinderen, maar niet zo zeer voor de woonbegeleider die op een groep met kinderen met een hechtingsstoornis werkt.

8.2. Interdisciplinair werken

In de Jeugdzorg en ook bij een instelling waar kinderen met een hechtingsstoornis wonen heeft een woonbegeleider altijd te maken met interdisciplinair werken. Instellingen voor kinderen met een hechtingsstoornis die volgens het orthopedagogische methodiekmodel werken hebben een ondersteunende aanpak, zoals creatieve therapie, huiswerkbegeleiding, orthopedagogische begeleiding, sociaalvaardigheidstraining. Doel is om door te werken volgens ondersteunende aanpak en goed te overleggen met de woonbegeleiders om uiteindelijk de verleende begeleiding en hulpverlening zo dicht mogelijk op elkaar aan te sluiten. Als woonbegeleider heb je regelmatig overleg met orthopedagogen over de begeleiding van deze kinderen. Orthopedagogen hebben meer kennis van gedrag en geven adviezen voor het begeleiden van deze kinderen. Als interdisciplinair team heb je allemaal hetzelfde doel voor ogen. En dat doel is voor kinderen met een hechtingsstoornis: terug naar de thuissituatie.

Overleg en overzichtelijk en informatieve rapporten zijn dan ook van belang, zodat de hulpvraag helder wordt en elke keer bijgesteld wordt en daar de juiste begeleiding op wordt gegeven en de juiste behandeling door de "ondersteunende aanpak".

8.3. Aanbevelingen

Aanbevelingen voor begeleiders in de jeugdzorg, ouders, e.a. van kinderen met een hechtingsstoornis.

Aanbevelingen voor begeleiders:

- Verdieping in de problematiek is erg belangrijk. Het is van belang in de begeleiding te weten wat voor verschillende gedragskenmerken en wat de verschillende oorzaken van een hechtingsstoornis zijn. Het werkt verhelderend in de begeleiding, als begeleider kun je begrijpen wat voor probleemgedrag bij een hechtingsstoornis hoort. Je kan dan ook probleemgedrag anders bekijken.
- Neem de ouders van deze kinderen serieus, praat en overleg met hen. Zij zijn ervaringsdeskundige en zij weten vaak het best wat hun kind nodig heeft
- Neem elk kind serieus, aan het begin kan het zijn dat het lijkt dat er niks te merken is aan het kind. Maar houdt in de gaten dat wel degelijk wat schuilt achter het masker van deze kinderen.
- Ga in overleg met orthopedagoog en de ouders van het kind, hoe in de loop van de tijd, het contact tussen ouders en kind weer opgebouwd kan worden. Het kind moet voorbereid worden om weer terug te gaan naar de thuissituatie. Het is daarom heel belangrijk om daar in de tijd dat het kind in het jeugdhuis woont, al mee te beginnen. Als woonbegeleider kun je dat meenemen in het begeleidingsplan. Het kind moet niet terug hoeven te vallen in zijn "oude"gedrag, hij iser niet voor niks 'even' tussenuit geweest.
- Accepteer het kind achter het gedrag, en zie het onvermogen. (Van het onvermogen lees je ook in de literatuur) dat maakt de begeleiding makkelijker. Ik wil niet zeggen dat het de begeleiding makkelijk maakt, maar als je let op het onvermogen, dan kun je het probleemgedrag begrijpen, al is het nog niet goed te keuren.
- Kinderen met een hechtingsstoornis hebben geen vertrouwen in zichzelf en in de ander. Biedt hen als woonbegeleider vertrouwen en veiligheid, (zie leefklimaat). Neemt dat in de begeleiding serieus, deze kinderen zien het of je het meent of niet.
- Overleg regelmatig met je collega's of jij op dezelfde lijn begeleidt als je collega's. Het kind wil regelmaat, regels, en consequente begeleiders. Dezelfde begeleiding geeft veiligheid. Het is daarom heel belangrijk en professioneel om regelmatig jullie handelen op tafel te leggen.

- Ondanks de hechtingsstoornis hebben deze kinderen kwaliteiten. Herken deze kwaliteiten en probeer ze samen met de kinderen te vergroten. Dit vergroot het kind zijn vertrouwen in zichzelf, maar ook vertrouwen in jou als begeleider.

Aanbevelingen voor ouders:

- Blijft de begeleiders en hulpvragers bestormen met vragen. Als ouders hebben jullie het recht om antwoorden te krijgen en adviezen te geven en daarin serieus genomen te worden.
- Denk in het begeleiden van uw kinderen ook aan u zelf. Neem tijd en rust om een poosje wat voor u zelf te doen. Zorg dat uw kind dan wat te doen heeft, wissel de zorg zonedig af. Probeer samen met de hulpverleners en uw kind, het juiste klimaat thuis te schetsen. Wat heeft het kind thuis nodig, en wat voor begeleiding moet ik het kind geven. Wellicht heeft u handvaten aan het leefklimaat geschetst in deze afstudeeropdracht¹⁰

¹⁰ Hoofdstuk 7.1.2. het leefklimaat.

Hoofdstuk 9 Stellingen

Dit hoofdstuk beschrijft vier stellingen. Deze stellingen worden ter discussie gesteld, tijdens het eindgesprek van deze afstudeeropdracht.

1. In het begeleiden moet veiligheid en vertrouwen centraal staan, anders ben je geen goede woonbegeleider voor kinderen met een hechtingsstoornis.
2. Kinderen met een hechtingsstoornis moet je niet straffen of belonen. Binnen 5 minuten vervallen ze toch weer in het oude gedrag.
3. Uit huis is tegelijk voorbereiden terug naar huis.
4. De orthopedagogisch methodiek model bezit de beste lijn voor de begeleiding van kinderen met een hechtingsstoornis.

Hoofdstuk 10 Evaluatie

Wanneer u dit hoofdstuk leest, bent u aan het einde gekomen van mijn afstudeeropdracht. Ik hoop dat het de moeite waard was om deze afstudeeropdracht te lezen en dat u er wat aan hebt/dat het uw kennis of gezichtsveld heeft verbreed. Want dan heb ik dit werk niet alleen voor mijzelf gedaan, maar ook voor een ander.

Aan het eind van deze afstudeeropdracht is het ook voor mijzelf goed om te evalueren. Wat heb ik er van geleerd en wat vond ik ervan om heel veel tijd in dit afstudeeropdracht te steken?

Ik zal eerst vertellen wat ik er van geleerd heb.

- Ik weet nu wat een hechtingsstoornis inhoudt; oorzaken, gedragskenmerken, behandelmogelijkheden en begeleidingsmogelijkheden van hechtingsstoornissen etc. Ik heb hier veel over in de theorieboeken gelezen.
- Ik heb geleerd om deze informatie te verwerken in mijn afstudeeropdracht. Ik moet eerlijk zeggen dat ik het best wel eens moeilijk vond om het duidelijk op papier neer te zetten.
- Ik heb geleerd om vragen op te stellen voor een interview en het interview af te nemen bij een (ervaring)deskundige. Deze deskundige stelde ook vragen aan mij en dan deze zo duidelijk mogelijk uit te leggen.
- Ik heb geleerd om echt met iemand te spreken, die van heel dichtbij te maken heeft met hechtingsstoornissen en die het op dit moment best moeilijk heeft. Het is dan belangrijk om professioneel te zijn en blijven.
- In deze afstudeeropdracht heb ik de koppeling gemaakt van de theorie naar de praktijk en dit verwerkt in verschillende vormen; zoals leefklimaat en profielschets.

Tijdens het maken van deze afstudeeropdracht heb ik nog veel meer geleerd, maar dit kan ik hier niet allemaal benoemen. Veel dingen vond ik moeilijk. De theorie was best wel ingewikkeld, in het ene boek staat het weer zo en de andere weer anders, en wat houdt nu een onveilige hechting en een hechtingsstoornis in. Maar ik ben er uit gekomen en ondanks dat het moeilijk was heb ik er veel van geleerd. Het praktijkgedeelte vanaf hoofdstuk 6 was best wel eens pittig, ik had ook niet veel handvatten vanuit de theorie. Ik heb wel veel aan de twee interviews gehad, ik vond het houden van deze interviews wel spannend.

Wat vond ik er van om heel veel tijd dit werkstuk te steken? Ik heb het echt leuk gevonden om hiermee bezig te zijn. Het was een interessant onderwerp en dit bleef tot het einde. Aan de andere kant kostte het ook verschillende keren frustraties. Het ontbreekt mij vaak aan tijd, ik moet werken, school, afstudeeropdracht en natuurlijk heb je ook nog vrienden. Het heeft mij wel veel energie gekost, maar ik weet nu dat ik het niet voor niets gedaan heb. Dit is het resultaat!

Literatuurlijst

1. Boeken geschreven door één of meerdere auteurs

- Van Egmond Geertje, Bodemloos bestaan. Problemen met adoptiekinderen, 5^e herz. druk, Amsterdam, 2001.
- Rigter Jakob, Ontwikkelingspsychopathologie. Bij kinderen en jeugdigen, 1^e druk, 2^e oplage, Bussum, 2002 (pagina 175-205)
- De Lange G, Hechtingsstoornissen. Orthopedagogische behandelingsstrategieën, Assen, 1991.
- Van der Ham H.: Voor jou zeker...?! Gehechtheid en basisvertrouwen, Houten, 2002.

2. Bijdrage in een verzamelwerk

- Begeleiden SPW4 (404) Traject Welzijn. Nigh Versluys.
- Woonbegeleiding (410) Traject Welzijn. Nigh Versluys.

3. Internetsites

- www.deknoop.org
- www.bodemloos.com
- www.kiezenvoorkinderen.nl
- www.decirkel.com
- www.klimop.peninga.com
- www.legenest.nl

4. Lezingen

- W. Janssen-Breederveld, kinder- en jeugdpsychiater. Om welke kinderen gaat het bij de Therapeutische Pleegzorg en wat hebben ze nodig? Lezing 12 Algemene Landelijke Vereniging De Knoop.
- Geertje van Egmond, Willy Janssen-Breederveld. Het zal je kind maar wezen...! 'omgaan met Geen-Bodem-Syndroom kinderen', Vroege onderkenning van hechtingsstoornissen. Lezing 7 Algemene Landelijke Vereniging De Knoop.
- Mevr.dr.A. Thoomes-Vreugdenhil. Behandeling van hechtingsproblematiek. Uitgave: de provinciale themabijeenkomst van De Knoop in Alkmaar, 16 maart 2005.