

Hechtingsstoornissen

Praktijkgericht therapiehandboek voor ernstige
hechtingsstoornissen bij kinderen

Niels Peter Rygaard



Oorspronkelijke titel:

Niels Peter RYGAARD

L'enfant abandonné. Guide de traitement des troubles de l'attachement

© De Boeck & Larcier s.a., 2005, 1^e édition

Editions De Boeck Université,

Rue des Minimes 39, B-1000 Bruxelles

Voor de vertaling is gebruik gemaakt van de Engelstalige versie:

Severe Attachment Disorder in Childhood. A guide to Practical Therapy.

Wenen: Springer Verlag (2006).

Hechtingsstoornissen

Praktijkgericht therapiehandboek

voor ernstige hechtingsstoornissen bij kinderen

Niels Peter Rygaard

Vertaling: Vertaalbureau Svava, S. Nijon-Noorman

ISBN 978 90 6665 835 6

NUR 848 / THEMA MKMT3

DOI 10.36254/978-90-6665-835-6

Eerste druk 2007

Tweede druk 2012

Derde druk 2015

Vierde druk 2018

Vijfde druk 2022

© 2007-2022 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Inhoud

Algemene inleiding	9
Wat is hechting?	10
Wat is een hechtingsstoornis?	12
Vroege hechting: een wereldwijde uitdaging	14
Wat gebeurt er als ze ouder worden?	20
Het is niet alleen uw probleem, het is ons probleem	21
Ons onbewuste, oorspronkelijke beeld van kinderen en jeugd	21
Mijn eigen ideeën	24
De realiteit: dit is net zo goed een handicap	25
Over terminologie	26
Inhoud – wat kan dit boek u bieden	28
Deel I: De ontwikkeling van een hechtingsstoornis – vanaf conceptie tot volwassenheid	
1. Oorzaken en symptomen	31
Twee algemene oorzaken van ongeorganiseerd sociaal gedrag	31
Normaal vroeg contact, zelforganisatie en constantie	34
De functie van contact in de ontwikkeling van een kind	35
Zelforganisatie	36
De ontwikkeling van constantie	36
2. Stadia in zelforganisatie	39
Stadia in zelforganisatie	39
Stadium I: fysieke zelforganisatie	39
Stadium II: sensorische organisatie	40
Stadium III: sensomotorische organisatie	41
Stadium IV: persoonlijkheidsorganisatie	43
Stadium V: sociale organisatie	44
Stadium van ontwikkeling en diagnose	45
3. Contactverstoring voor het tweede levensjaar – symptomen van lichamelijke instabiliteit	48
Contactverstoring en de gebrekkige ontwikkeling van constantie	48
Contactverstoring en het kind met een hechtingsstoornis	50
Abnormaal contact tussen moeder en kind – onderzoeksresultaten	51
De genetische achtergrond	53
Het verloop van de zwangerschap	54
Het verloop van de geboorte	55
4. Contactverstoring en de ontwikkeling van het zenuwstelsel	59
Ontwikkeling van het centraal zenuwstelsel	59
Het reptielenbrein: regulatie van basisactiviteit	62

Het emotionele en sociale brein (het limbisch systeem): het verbinden van waarnemingen met emotionele reactiepatronen	62
De hersenstam: beheersing en focus	64
Checklist van deprivatiesymptomen bij baby's	66
Onvoldoende hechtingsgedrag en gebrek aan reactie	66
Depressie: verlaagde spierspanning	66
Niet-gestabiliseerde, basale lichaamsritmes	67
Verlaagde of voortdurend onder druk staande immuunfunctie	67

5. Abnormale sensomotorische ontwikkeling bij peuters 68

Waarneming, aandacht, emotie, gestalt-formatie: de grondslag van het leren	68
Beweging en motorische ontwikkeling	70
Stadia in motorische ontwikkeling	71
Conclusies	75
Checklist voor de signalering van hechtingsstoornissen in de voorschoolse leeftijd	76

6. Geremde emotionele persoonlijkheidsontwikkeling 79

Persoonlijkheidsontwikkeling: objectrelatie is de sleutel tot de wereld.	
Het verwerven van constantie	79
De eerste fases in het verwerven van constantie	80
Fase I en II: basale hechting en basale angstverwerking	81
Een voorbeeld: gebrekkige basishechting	82
Een voorbeeld: paradoxale hechting en slecht kunnen omgaan met angst	83
Fase III en IV: basale verinnerlijking van de ouder en basale sociale constantie	86
Constantie van het zelf en traumatische scheidingservaringen	86
Emotionele en cognitieve gebreken als de ontwikkeling in fase 1 en 2 stopt	88
Checklist voor een hechtingsgestoorde persoonlijkheid van voorschoolse leeftijd tot puberteit	88
De sociale achtergrond van kinderen met een hechtingsstoornis	90
Conclusies en checklist voor het risico op een hechtingsstoornis	91

Deel II: Therapie

7. Hoe beoefen je milieutherapie? 99

Enkele algemene uitgangspunten van milieutherapie	99
Wat is het verschil tussen psychotherapie en milieutherapie?	99
Externe constantie vervangt een gebrek aan interne constantie	101

8. Milieutherapie tijdens de zwangerschap en vanaf de geboorte tot het derde jaar 105

Therapie voor de conceptie	105
Eugenetische (genetische) therapie	105
Therapie tijdens de zwangerschap en vanaf de geboorte tot het derde jaar	106
Van de geboorte tot het derde levensjaar: regressietherapie	108
Regressie en het verloop van adopties	114

Voorbijgaande hechtingsproblemen en hechtingsstoornissen bij geadopteerde kinderen 115

Deel 1: overgangsproblemen bij het krijgen van nieuwe ouders	115
Deel 2: kinderen met een permanente hechtingsstoornis	121

9. Milieutherapie voor kleuters	125
Milieutherapie voor kleuters	125
Waarneming door de professionals	125
Gedrag in de groep	126
Gedrag tijdens het leren en het maken van taken	126
Methoden: werk op het relevante ontwikkelingsniveau	127
10. Milieutherapie voor kinderen in de basisschoolleeftijd	134
Milieutherapie voor kinderen in de basisschoolleeftijd (7-12 jaar)	134
Het kind met een hechtingsstoornis in de klas	136
De verhouding leerkracht/kind met een hechtingsstoornis begrijpen	136
Hoe vind je het onderwerp in een zin?	140
De leraar als relatiebeheerder of: geef hem niet langer een motorfiets – bouw een wieg!	141
Wees een duidelijk object voor het kind	142
Neem de volledige verantwoordelijkheid	143
Onderwijzen in fase 1: vaststellen wat het object en wat de achtergrond is	143
Van meerdere zintuigen gebruikmaken voor het vormen van ideeën	145
Een methode om sociaal zelfbewustzijn bij het kind te ontwikkelen	146
Ethiek	151
Waar beginnen we?	151
Samenvatting: belangrijke doelen en succescriteria	152
Noodzakelijke organisatie	153
Resultaten	154
11. Dagelijks leven in het gezin, het pleeggezin of het instituut	155
Neem de lasten weg	156
In zes stappen nieuwe vaardigheden verwerven	161
Het kind met een hechtingsstoornis en andere kinderen in het gezin	162
12. Milieutherapie voor adolescenten	164
Met weinig bagage van huis gaan	164
Enkele overwegingen bij therapie van ouders en jongeren met een hechtingsstoornis	169
13. Hechtingsstoornissen, seksuele gedragsproblemen en seksueel misbruik	174
Hechtingsstoornissen, seksuele gedragsproblemen en seksueel misbruik	174
Evolutionaire en biologische overlevingstheorieën: seksuele voorkeuren als ‘emotionele imprints’	176
Neurologische theorieën	177
Objectrelatietheorie: onvolwassen afweermecanismen bij dader en slachtoffer van seksueel misbruik. Drie niveaus van geremde persoonlijkheidsontwikkeling	179
Seksuele willekeur: de fase I-misbruiker	179
Projectie van het zwakke zelf: de fase II-misbruiker	180
Het eenzame kind dat verleid werd: de fase III-misbruiker	181
Theorieën in de sociale psychologie: de frequentie van misbruik als gevolg van beschikbaarheid	182
Definities van seksueel misbruik	182
Methodologische problemen bij het onderzoeken van de prevalentie	184

Klinische observaties van gedragsveranderingen en lichamelijke veranderingen bij misbruikte kinderen	185
Effecten van misbruik als het kind volwassen is geworden	185
Preventie: voorkomen dat het misbruikte kind met een hechtingsstoornis een misbruiker wordt.	186
Conclusie	189

Deel III: Richtlijnen voor het organiseren van een therapeutische omgeving

14. De persoonlijke ontwikkeling van de verzorger van een kind met een hechtingsstoornis **193**

Introductie	193
Ontwikkelingsfases van de individuele stafmedewerkers en doelstellingen voor supervisie	193
Hoe staat het met het toverstokje?	194
Doelstellingen voor de supervisor	194
Depressie door de werkelijke stand van zaken	195
Doelstellingen voor de supervisor	196
Verwerven van autoriteit, interne reorganisatie	197
Doelstellingen voor de supervisor	197

15. De ontwikkeling van een professioneel behandelingsteam voor hechtingsstoornissen **199**

Fases in de ontwikkeling van een behandelingsteam voor hechtingsstoornissen: leiderschap	199
Inclusie: het scheppen van een veilige gemeenschappelijke basis en identiteit	200
Beheersing: beseffen dat we van elkaar verschillen	202
Openheid/affectie: wederzijdse uitwisseling	203

16. Methoden voor het werken in een behandelingsteam voor hechtingsstoornissen **205**

Gereedschap voor het ontwikkelen van teams	205
Hechtingskennis binnen het team in kaart brengen	205
Het grote oor	207
Het wederzijdse supervisie-interview	207
Handelingsonderzoek: gereedschap voor analyse en alternatieve oplossingen	209
Conclusies aangaande de organisatie van de therapeutische omgeving	209

Naschrift en dankwoord **211**

Literatuur **213**

Algemene inleiding

Het is de gemeenschap nog niet erg goed gelukt om hechtingsstoornissen in het algemeen te voorkomen of om geslaagde therapeutische methoden te ontwikkelen voor de behandeling van het individuele kind. Als de allereerste bindingen in iemands leven mislukt zijn, blijkt het zeer moeilijk om dit later in het leven te herstellen. Hechting lijkt op een raam dat wijdopen staat bij de geboorte en dat zich gedurende de drie eerste levensjaren geleidelijk steeds verder sluit.

Ik hoop de lezer een realistische aanpak van het probleem en een brede keuze aan theoretische en praktische paden in dit uitdagende veld te bieden.

Het gaat in deze tekst over gevallen van ernstige hechtingsstoornissen: het gaat niet over kinderen die een enkele traumatische ervaring in hun leven hebben ondergaan – die hebben veel betere vooruitzichten – het gaat om kinderen die meervoudige traumatische ervaringen overleefd hebben, misschien ook honger hebben geleden, en die gedurende hun eerste jaren aan een voortdurend gebrek aan coherent ouderschap zijn blootgesteld. Verder kan het therapeutische raamwerk en de terminologie in dit boek opgevat worden als gereedschap om het kind een zeer veilige basis te bieden. Emotionele veiligheid is een vereiste voor bijna alle wegen waarlangs ontwikkeling plaatsvindt. Als zo'n veilige omgeving geboden wordt zullen sommige kinderen – die op het eerste gezicht 'hopeloze gevallen' leken – zich na een jaar of twee versneld gaan ontwikkelen. Anderen, met een ernstiger handicap, zullen ook beter functioneren maar hebben misschien nog jarenlang die veilige omgeving nodig.

Het is ook belangrijk om te begrijpen dat deze kinderen normale kinderen zijn die abnormaal gedrag vertonen omdat ze onder abnormale omstandigheden zijn opgegroeid.

In dit boek is veel moeite gedaan om hechtingsstoornissen begrijpelijk te maken en te demystificeren. Dat is gedaan omdat je een probleem pas kunt oplossen als je precies weet waar het over gaat – en problemen rond hechtingsstoornissen hebben de neiging om ons gevoel voor proporties te vervormen. Er wordt veel gebruik gemaakt van voorbeelden uit de dagelijkse praktijk om symptomen, theorie en praktijk te illustreren.

Als ik in mijn opzet geslaagd ben is de inhoud niet moeilijk te begrijpen, hoewel het werken met kinderen met een hechtingsstoornis in de praktijk een voortdurende uitdaging voor uw overtuigingen en verantwoordelijkheden vormt. Het is

bedoeld als een gids waarin geprobeerd wordt antwoord te geven op een aantal vragen die mensen zich stellen als ze werken met kinderen en adolescenten die aan een hechtingsstoornis lijden:

- Waarom groeit het aantal kinderen met een hechtingsstoornis?
- Waardoor ontwikkelt een kind een hechtingsstoornis?
- Hoe uit een hechtingsstoornis zich in gedrag en persoonlijkheid?
- Wat kunt u doen om een hechtingsstoornis te voorkomen of de symptomen en de gevolgen ervan te verminderen?
- Wat gebeurt er met mensen, groepen en organisaties die met deze kinderen werken?
- Hoe ontwikkelt en handhaaft u uw therapeutische houding en de structuur van de behandeling?

Eerst volgt hier een korte introductie van de problematiek van hechtingsstoornissen in het algemeen.

Wat is hechting?

Kort samengevat: de hechtingstheorie is vanaf 1950 ontwikkeld door John Bowlby (1969, 1973, 1988). Bowlby opperde dat vroege hechting (0-3 jaar) een aangeboren gedragsprogramma is bij primaten en in het bijzonder bij mensen. Bowlby's voornaamste gedachte was dat het systeem van hechtingsgedrag ontstaan was om het waarschijnlijker te maken dat het kind beschermd werd en daardoor een grotere kans op overleving had. Deze bescherming is voornamelijk gebaseerd op lichamelijke nabijheid en contact tussen moeder en kind. Als die nabijheid tijdens de eerste paar jaar verstoord of verhinderd wordt, zullen zowel de ouder als het kind een aantal karakteristieke gedragingen vertonen, zoals huilen, elkaar zoeken, treuren, enzovoorts. Het systeem wordt dus geactiveerd door verwijdering, en lijkt al op eenjarige leeftijd gestabiliseerd te zijn.

In de zogenaamde 'Vreemde Situatie-Test' vond Mary Ainsworth (1978) drie karakteristieke reactiepatronen (of strategieën voor nabijheid) wanneer de moeder de kamer verliet, en later werd er nog een vierde patroon zichtbaar. Tijdens deze eenvoudige en ingenieus opgezette test worden de moeder en het éénjarige kind naar een onderzoeksruijme met interessante speeltjes gebracht; tijdens de test verlaat de moeder de ruimte twee keer drie minuten en de reactie van het kind op de verlaten en de hereniging wordt geobserveerd. De patronen die op eenjarige leeftijd worden waargenomen blijven in 70 procent van de gevallen gehandhaafd tot men volwassen is, ze lijken zelfs van generatie op generatie overgeleverd te worden door het hechtingsgedrag van de verzorger. De vier patronen zijn:

- *Veilig/autonoom*

Het kind reageert als de moeder weggaat, maar gaat na een poosje op onderzoek uit, het zoekt contact met de moeder, wordt gesust, en begint al gauw weer de kamer te onderzoeken. Er is innigheid en wederzijdse blijdschap in het contact tussen moeder en kind.

- *Vermijdend*

Het kind reageert ogenschijnlijk niet op de afwezigheid van de moeder en wordt in beslag genomen door de voorwerpen in de kamer. Als de moeder terug komt richt ze haar aandacht ook eerder op de voorwerpen dan op haar kind. Onderzoek toont aan dat het kind in feite erg gespannen is vanwege de afwezigheid en dat die spanning ook langer aanhoudt dan bij een kind dat zich veilig voelt. Het kind lijkt te weten dat het laten zien van de gevoelens die eigenlijk bij verwijdering horen kan leiden tot afwijzing, en beheerst daarom het tonen van die gevoelens. Er wordt veel energie gebruikt om de natuurlijke hechtingsreactie te onderdrukken.

- *Ambivalent*

Het kind klampt zich aan de moeder vast en kan tegelijkertijd boosheid of controlerend gedrag tonen, zelfs voordat de moeder de kamer verlaten heeft. Het kind gaat niet op onderzoek uit maar houdt zich alleen bezig met de afwezigheid van de moeder, het gaat ook niet verder met spelen als de moeder terug is. Het lijkt zichzelf te verzekeren van een nabijheid die onzeker is. Het hechtingsstelsel wordt zozegd overmatig geactiveerd, waardoor er geen ruimte meer is om andere behoeften te vervullen.

- *Ongeorganiseerd/gedesoriënteerd*

Het gedrag van het kind bevat elementen van bovengenoemd gedrag, maar het kind vertoont geen samenhangend patroon bij verwijdering en hereniging. Het kan in een verstijfde houding 'bevrozen', languit op de grond gaan liggen, zich aan de moeder vastklampen en tegelijkertijd een andere kant op kijken, enzovoorts. Het is gebleken dat dit gedrag samenhangt met persoonlijkheidsstoornissen en andere problemen op latere leeftijd. Ongeveer 15 procent van alle eenjarigen vertoont het ongeorganiseerde patroon. Sommige (maar niet alle) kinderen ontwikkelen later een hechtingsstoornis.

Het is opmerkelijk dat alleen de veilige/autonome hechting het kind in staat stelt om op onderzoek uit te gaan en zichzelf het grootste deel van de tijd in de omgeving bezig te houden. De drie overige patronen eisen van het kind zoveel aandacht en energie dat er geen ruimte overblijft om op onderzoek uit te gaan en zich te ontwikkelen; alles moet wijken voor de pogingen om de basis

veilig te stellen. Zoals de Griekse wijsgeer Archimedes zei: 'Als ik een plek heb om te staan, kan ik de aarde bewegen'. Een veilige eerste binding is zo'n plaats om te staan, een eerste vereiste om het leven te ervaren en om je te kunnen ontwikkelen.

Dit boek gaat vooral over de problemen die met ongeorganiseerd contact samenhangen. De zeer beknopte beschrijving van algemene hechtingspatronen dient alleen om de traditie te benoemen waarin het concept van hechtingsstoornis is ingebed. Voor lezers die geïnteresseerd zijn in een dieper theoretisch begrip van concepten uit de hechtingtheorie is het uitstekende handboek van Shaver en Casidy (1999) onontbeerlijk.

Wat is een hechtingsstoornis?

Een fundamenteel probleem bij het schrijven van dit boek is dat het concept van 'normale hechting' uitputtend is bestudeerd, maar dat een 'hechtingsstoornis' geen duidelijk gedefinieerde, algemeen aanvaarde diagnose is. Er wordt veel over gesproken, maar er zijn te weinig wetenschappelijke studies om het precies te omschrijven. Er is een groeiend aantal studies dat normale hechtingspatronen – zowel bij kinderen als bij (echt)paren – in kaart brengt, maar er is weinig wetenschappelijke interesse in en weinig geld beschikbaar voor onderzoek naar abnormale hechtingspatronen. Alleen als er door catastrofale gebeurtenissen (zoals de Tweede Wereldoorlog) een grote groep verweesde kinderen met hechtingsproblemen ontstaat, volgt er een periode waarin onderzoek wordt gedaan naar hechtingstoornissen.

Zodoende is er weinig documentatie beschikbaar, ouders en behandelaars staan met lege handen: wat doen we hier en nu met ernstig gestoorde kinderen? Kinderen met hechtingsproblemen vragen elke dag om onmiddellijk handelen. Om het gat tussen theorie en praktijk te dichten heb ik deze problemen vanuit praktijkgevallen beschreven. Daarnaast reik ik gereedschap aan, bijvoorbeeld hoe verzorgers zich gedrag eigen kunnen maken dat zijn waarde in de praktijk tot op zeker hoogte bewezen heeft.

Voor een beter begrip van hechtingsstoornissen zijn ook studies uit andere vakgebieden betrokken. De aanduiding 'ernstige hechtingsstoornissen' in de ondertitel geeft al aan dat dit boek zich beperkt tot kinderen die in hun vroegste leven zo veel te kort zijn gekomen of zo gespannen zijn dat ze met traditionele methoden, zoals psychotherapie, niet meer bereikt kunnen worden.

Het kenmerk van kinderen met een hechtingsstoornis is een sterk verminderd vermogen om adequaat emotioneel en sociaal te reageren. Kort gezegd bestrijkt de term hechtingsstoornis een waaier van gedragsproblemen die veel voorkomen bij kinderen die onvoldoende zorg ontvangen hebben in hun eerste levensjaren.

Zoals we zullen zien is een hechtingsstoornis heel complex, maar de volgende alinea's volstaan om de belangrijkste criteria op te sommen:

A. Antisociaal gedrag gedurende de kinderjaren

Intimiderend, impulsief, gewelddadig en agressief gedrag, leert weinig van sociale ervaringen (daaronder vallen ook straf en beperkingen). Het kind kan een sadistische inslag hebben, of sociaal destructief zijn, ander kinderen of dieren pijn doen, een gebrek aan langdurige schaamte, schuld en spijt tentoonspreiden, en anderen de schuld geven als het er op aangesproken wordt. Vlucht/vecht/verstar-gedrag (vernielingen aanrichten, eindeloze conflicten, koppigheid) is typerend.

B. Niet-kritisch hechtingsgedrag

Het kind kan zich voorbeeldig en 'vol vertrouwen' gedragen naar willekeurige onbekenden en casemanagers. Het kind kan emotioneel geen onderscheid maken tussen bekenden en onbekenden, klampt zich vaak vast ('als een klit'). Het kind vertoont onvolwassen hechtingsgedrag (vertoont een patroon van contactgedrag dat normaal is op een leeftijd van 6-12 maanden). De contacten zijn kort en oppervlakkig. Deze willekeurige patronen leiden niet tot blijvend contact.

De diagnose gaat er van uit dat deprivatie, verwaarlozing of misbruik in de vroege jeugd een grote rol heeft gespeeld, en kan niet met enige zekerheid gesteld worden voordat het kind ongeveer zeven jaar is.

Er zijn veel individuele variaties op deze basispatronen van gestoorde hechting, zoals de heel introverte, gesloten en zelfdestructieve kinderen die niet in staat zijn om binnen sociale relaties te functioneren aan de ene kant en de heel extroverte, impulsief/agressieve kinderen aan de andere kant.

De hoofdzaak is dat het kind enorm gehandicapt is als het om wederkerige, liefdevolle, bindende relaties met anderen gaat. Omdat de sociale vaardigheden gebrekkig ontwikkeld zijn komen andere aspecten van het leven, zoals spelen, leren, werken, een partner vinden, deel uitmaken van een familie of een groep ook in het gedrang. De dagelijkse ontwikkeling wordt verstoord door negatieve reacties van anderen (ruzie, teleurstelling). Als gevolg daarvan worden de intellectuele capaciteiten onvoldoende benut en ontwikkelen veel kinderen secundaire problemen zoals een gebrekkige opleiding, criminele activiteiten en drugsgebruik. Doordat het kind op meerdere manieren onder druk staat en mogelijk getraumatiseerd is geraakt, kan een kind nog andere problemen ontwikkelen. Hechtingsstoornissen gaan vaak gepaard met:

- Posttraumatische Stress-Stoornis (PTSS), een toestand van chronische stress als gevolg van een extreem traumatische gebeurtenis.
- Een ADHD stoornis (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ofwel: aandachtstekort-stoornis met hyperactiviteit).

- Post-Institutional Autistic Syndrome (PIAS), een toestand van passieve en introverte ‘verstarring’ als gevolg van verwaarlozing.
- Het syndroom van Tourette, waarbij het kind meer dan een jaar aan eenvoudige motorische en vocale tics lijdt. Heel soms worden er onwillekeurig obscene woorden gebezigd. Dit kan vergezeld gaan van een obsessief compulsieve stoornis en ADHD. De ziekte is waarschijnlijk genetisch bepaald.

Om in kaart te brengen hoe andere problemen een verstoorde vroege hechting kunnen beïnvloeden is het noodzakelijk om het kind klinisch te onderzoeken. Jammer genoeg zijn er op de meeste plaatsen weinig mogelijkheden voor zulk onderzoek.

De hechtingsstoornisdiagnose wordt niet lichtvaardig gesteld. Het spreekt vanzelf dat professionals aarzelen om zo’n zware diagnose bij jonge kinderen te stellen, omdat de methoden die worden ingezet bij deze diagnose veel te zwaar zijn. Bijvoorbeeld een holding-therapie, waarbij het kind urenlang door volwassenen in een omhelzing gesmoord wordt, om het kind te overreden de autoriteit en liefde van pleegouders of adoptiefouders te aanvaarden. Er is een geval bekend waar het kind als gevolg van de holding-therapie in de omhelzing gestikt is. Daardoor is de diagnose uiteraard nog controversiëler geworden.

Ik zal proberen de lezer behalve een evenwichtig overzicht van de problemen ook een aantal redelijke en praktische methoden aan te bieden. Hopelijk levert de wetenschap ondertussen meer uitgebreide documentatie en behandelmethoden op.

Hoe ontstaat een hechtingsstoornis in het algemeen? Wat nu volgt is mijn persoonlijke visie. De lezer dient te beseffen dat deze introductie mijn persoonlijke mening over hechting in de samenleving weerspiegelt en geen wetenschappelijk onderbouwd verslag is.

Vroege hechting: een wereldwijde uitdaging

We hebben er miljoenen jaren over gedaan om de vroege moeder/kindrelatie te vervolmaken – en maar vijftien jaar om hem te ontmantelen. Vanaf de Tweede Wereldoorlog, met een versnelling rond 1960, zijn we het grootste sociale experiment gestart dat ooit in de westerse wereld ondernomen is – moeders van baby’s en van kinderen die nog niet naar school gaan gingen buitenshuis werken en lieten hun kinderen over aan de zorg van anderen. Dat bracht niet alleen verandering in onze hele cultuur: religie, familiepatronen, tradities, eetgewoontes, aantal kinderen per gezin, gezinsinkomen, maar ook de relatie tussen moeder en kind veranderde in een heel nieuwe manier van hechting. De omstandigheden

van menswording in de vroege kindertijd werden op hun kop gezet. Tegenwoordig zijn we waarschijnlijk de enige zoogdiersoort waarbij moeder en kind niet gedurende tenminste twee of drie jaar na de geboorte onafscheidelijk zijn.

Ik kom uit Denemarken, en daar heeft het maar vijftien jaar gekost (1960-'75) om 80 procent van alle vrouwen overdag uit hun huizen naar kantoren en fabrieken te verplaatsen. De grote stabilisatoren van de gemeenschap – de cultuur van de werkende klasse en de plattelandscultuur – verdwenen bijna van de ene dag op de andere. Het scharnierpunt – de familie – werd opgedeeld in gezinsleden; die ontmoeten elkaar tussen andere activiteiten door. De eerste radicale verandering vormt de daling van het aantal thuisbevallingen ten opzichte van geboortes in een ziekenhuis of een kliniek van 85 procent in 1955 tot minder dan 1 procent in 1975. Wie het pasgeboren kind het eerste mocht vasthouden was niet langer een autonome beslissing van de ouders, maar van de staf; de ouders mochten toekijken, soms vanachter een glazen wand.

De beslissingen van de staf waren, zachtjes uitgedrukt, niet altijd even verstandig, en veel volwassenen van nu hebben last van de gevolgen van een vroege scheiding. Hun moeders trouwens ook. Verplichte, vroege scheiding levert niet alleen verwarde kinderen op, maar ook verwarde ouders. Moeders die lichamelijk van hun pasgeboren kind gescheiden worden – ook al is het maar kort – hebben vaak last van langdurige, intense, irrationele schuldgevoelens, ze voelen zich vaak onthecht en vervreemd van hun baby; als de baby huilt voelen ze zich incompetent en onzeker omdat ze niet weten wat de baby nodig heeft en wat ze moeten doen. Daardoor ontstaat vaak een aaneenschakeling van misverstanden en onvervulde behoeften tussen moeder en baby. Dan hebben we het nog niet eens over de vaders, die niet bij de bevalling aanwezig mochten zijn en die nog geen lichamelijk contact met de baby hebben gehad; hoe moeten zij toewijding tonen voor een baby die lang na de geboorte uit het ziekenhuis komt en waarmee lichamelijke binding onmogelijk was.

De veranderde werkpatronen resulteerden ongeveer vijf jaar later (synchroon met het aantal vrouwen dat buitenshuis ging werken) in een enorme toename van het aantal scheidingen, waardoor een nieuwe rol ontstond in Deense gezinnen: de onbeschermd en overwerkte alleenstaande moeder. De opwindende, vernieuwende levensstijl die men zocht ging ten koste van vele gezinnen, die ontwricht raakten. Twee buitenshuis werkende ouders brengen materieel gezien veel op, maar niet waar het voortplanting betreft: de Europese bevolking bedraagt op dit moment 25 procent van de wereldbevolking, over twintig jaar zal dat slechts 17 procent zijn.

En tenslotte verdwenen de grootouders uit huis, met hun irritante weetjes en traditionele kennis: hoe ga je om met acht kinderen, met de ene geboorte na de

andere, met kinderziektes, hoe kook je lekker voor weinig geld? Hun nageslacht bleef verbijsterd achter om zo goed en zo kwaad als het ging moeder en vader te worden. De grootouders werden gedeeltelijk vervangen, er kwamen consultatiebureaus en na verloop van tijd ook tijdschriften voor ouders waarin ze informatie over baby's, peuters, kleuters en steeds oudere kinderen konden vinden.

De ouders van nu zijn relatief oud als hun eerste kind geboren wordt. Ze zijn zelden verantwoordelijk geweest voor jongere broertjes of zusjes, ze hebben in hun jeugd veel nieuwe mensen leren kennen, ze hebben hun ouders en grootouders niet vaak gezien en als ze hun eerstgeboren kind in de armen houden hebben ze geen idee wat ze er mee aanmoeten, maar ze hebben wel veel ambities waar het henzelf en de baby betreft.

Kinderen hebben nu andere problemen met de ontwikkeling van hun persoonlijkheid. De neurotische persoonlijkheid (zeer gehecht, maar op drie- tot vijfjarige leeftijd gevangen in een conflict tussen zelfverwerkelijking en een strikt super-ego) is door de veranderde gezinsstructuur en gedragscodes verdwenen, en vervangen door het intelligente, verwende, emotioneel onzekere kind, dat bij gebrek aan een paar sterke rolmodellen doet waar het zin in heeft en zich van autoriteiten niets aantrekt; gedoemd om later een spelletjesgek te worden, een narcist, iemand die zes uur per dag hardloopt of gewoon totaal uitgeput raakt door het nastreven van overdreven ambities en de illusie van een eeuwige jeugd.

Deze veranderingen zijn slechts aarzelend opgenomen in de theorie van de kinderpsychologie. In feite propageert onze behandelfilosofie nog steeds methoden zoals speltherapie en gesprekstherapie, volgens algemene ideeën over wat kinderen nodig hebben, nog steeds voornamelijk gericht op neurotische problemen. Jammer genoeg zijn deze methoden naar mijn ervaring regelrecht antitherapeutisch wanneer ze worden toegepast bij het kleine aantal kinderen met een ernstige hechtingsstoornis. We benadrukken dat kinderen hun eigen besluiten moeten nemen, eigen sociale initiatieven moeten ontplooien en overdag in groepen moeten werken die voortdurend van samenstelling wisselen. Voor de meeste kinderen met ouderlijke ruggesteun is dat een goede aanpak, maar voor kinderen die van huis uit weinig basisvertrouwen meegekregen hebben is dat veel te moeilijk.

Tegenwoordig brengt 80 procent van de Deense kinderen tussen de 3-36 maanden het grootste deel van de uren waarop ze wakker zijn door op een kinderdagverblijf of een crèche.

In het Denemarken van 1948 droegen kinderen 25 procent bij aan het gemiddelde gezinsinkomen. Nu zijn kinderen een kostenplaats, een probleem en ook een luxe geworden – daarom hebben we er zo weinig, en zo laat in ons leven. Vandaag de dag moet een kind vanaf heel jonge leeftijd leren omgaan met een min of meer gelijkblijvend aantal kinderen en volwassenen, die gedurende de dag op kaleidoscopische wijze inwisselbaar zijn. Een belangrijk kenmerk van de veilig/autonome

ouder is toegankelijkheid, en ik vraag me af hoeveel kinderen toegankelijkheid ervaren in het contact met hun professionele verzorgers.

Uit onderzoek is gebleken dat een pasgeboren kind zich voor zijn of haar derde verjaardag met een beetje geluk aan 4-5 personen kan hechten en toch een normale, gezonde volwassene kan worden. De dagopvang slaagt er goed in om de opvoeding van de ouders aan te vullen (waarschijnlijk omdat het op een gezinssituatie lijkt) terwijl men zich zorgen kan maken over heel jonge kinderen die in een tehuis opgroeien met veel andere kinderen en weinig volwassenen. Het NICHD-onderzoek naar dagopvang (2003) beschreef dagopvang als een gezonde manier om voor kinderen te zorgen, hoewel kinderen jonger dan twee jaar die veel tijd in de dagopvang doorbrengen vaker gedragsproblemen ontwikkelen. Hoewel de studie niet gedetailleerd genoeg is om de precieze oorzaken aan te geven, moeten we ons misschien wel afvragen of er een maximum is aan de tijdsduur die een klein kind gescheiden van de ouder kan verdragen. In de voormalige socialistische staten, waar de staat gratis kinderopvang verzorgde voor werkende moeders, zit men nu met het probleem dat veel ouders zich geen gekwalificeerde zorg voor hun kinderen kunnen veroorloven, omdat beide ouders twee tot drie banen hebben om hun hoofd boven water te houden. De prijs van kinderopvang wordt bovendien steeds hoger, omdat opvang gebaseerd is op persoonlijk contact en er niet efficiënter gewerkt kan worden; opvang kan ook niet worden geautomatiseerd, wat met een heleboel andere functies in de samenleving wel gebeurd is.

Ik heb het zeker niet over 'de goede oude tijd' wat kinderopvang betreft – kinderen in de westerse wereld hebben het misschien nog nooit zo goed gehad en de kindersterfte is nog nooit zo laag geweest. De huidige samenleving is gebaseerd op volledige deelname van vrouwen aan het arbeidsproces – en daarom moet de samenleving zorgen voor steun aan het gezin en aan de moeder in het bijzonder. Dit kan door een langdurig verlof na de bevalling, een ruim en betaalbaar aanbod van veilige opvang voor de baby/peuter als de ouders aan het werk zijn, en gratis extra opleiding en bijspijker cursussen als de moeder na het verlof weer aan de slag gaat. Dat moet voor de samenleving een kleine prijs zijn als we zien in welke mate de welvaart door het werk van vrouwen toeneemt en aan de economische groei van de gemeenschap bijdraagt. De noodzaak voor een dergelijke regeling is nog groter in lage lonenlanden, waar een snelle industrialisering plaatsvindt en moeders extreem lange werkdagen maken voor zeer weinig geld.

Hoeveel kinderen hebben zich niet veilig kunnen hechten omdat de omstandigheden waaronder de hechting plaatsvond plotseling veranderden? Als we Denemarken nog steeds als voorbeeld nemen bestaat daar een systeem waarbij iedere vrouw die net moeder is geworden meerdere keren bezoek krijgt van een wijkverpleegkundige, vanaf de geboorte totdat het kind drie is, zonder dat daar kosten aan verbonden zijn. De verpleegkundigen verklaarden (1992) dat ongeveer 80

procent van alle zuigelingen en peuters zich psychologisch veilig voelt en goed gedijt – ze kunnen de vele vroege contacten aan omdat ze een stabiele relatie met relatief harmonieuze ouders hebben. Dus voor de samenleving als geheel is er geen reden tot paniek – nog niet. Maar, en dat is ernstig genoeg, 15 procent vertoont tekenen van verwaarlozing, zoals verkeerde voeding (overgewicht, ondervoeding, vitaminegebrek), en tekenen dat ze zich te onveilig voelen om iets te leren in een omgeving die als veilig beschouwd kan worden. Ze hebben te veel scheidingen meegemaakt, teveel inrichtingen bezocht en zijn met teveel wisselende personen in aanraking geweest om het leven als fijn te ervaren. Ondanks een schrikbarende toename van de kosten voor onderwijs, die allemaal voor rekening van de staat komen, beschrijft eenderde van alle schoolverlaters zichzelf als slachtoffer van het systeem; men heeft over het algemeen een laag zelfbeeld. Volgens het Deense Staatsbureau voor de Statistiek is tussen 1985 en 1999 het aantal speciale klassen voor kinderen met sociaal-emotionele problemen met 300 procent toegenomen, terwijl het aantal speciale klassen voor andere problemen stabiel is gebleven (Amdraadsforeningen 2000).

Van alle Deense kinderen in de voorschoolse leeftijd vertoont 5 procent duidelijke tekenen van ernstige verwaarlozing, ernstige contactstoornissen, psychologische gevolgen van geweld, seksueel misbruik, slechte voeding, en ga zo maar door. Deze kinderen groeien bijna altijd op met een achterstand in hun emotionele ontwikkeling en lijden vaak aan een scala van ernstige persoonlijkheidsstoornissen of psychoses.

We hadden ons misschien beter aan deze veranderende patronen in de opvoeding kunnen aanpassen als ze niet zo snel hadden plaatsgevonden. De breuk in de hechting komt waarschijnlijk niet alleen door de aard van de sociale veranderingen (kinderen in enkele oude culturen worden met succes in groepen opgevoed) maar door de snelheid van de veranderingen waardoor er geen geleidelijke aanpassing aan de nieuwe situatie mogelijk was.

Ik wil dit graag verduidelijken door de ervaring van de Engelse antropoloog Turnbull (1997) te beschrijven. Turnbull woonde een tijdlang bij de Ik-stam in de hooglanden van Uganda. Hij trof een stam aan waarvan de leden elkaar bestelen, geen aandacht hebben voor ouden van dagen en kinderen, liegen en bedriegen tot een kunstvorm hebben verheven. Hij kwam maar één meisje tegen dat probeerde contact te leggen, maar haar ouders sloten haar op omdat ze dergelijk gedrag hoogst abnormaal vonden. Het meisje stierf na verloop van tijd, en haar ouders voerden het karkas aan de beesten. De meeste kinderen groeiden vanaf een jaar of drie op in bendes zonder rolmodellen, en vanaf hun tweede moesten ze eten stelen om te overleven. 'Nou en?', zou u hier tegenin kunnen werpen, 'dat is ver van mijn bed'. Maar Turnbull wilde weten waarom deze cultuur zoveel mensen met een hechtingsstoornis telde. Hij bestudeerde hun geschiedenis en kwam er

achter dat ze veertig jaar daarvoor een veel groter, vriendelijker en zeer sociaal jager/verzamelvolk vormden. De regering had ze van de ene dag op de andere hun jachtgronden ontnomen, en omdat ze geen tijd hadden gekregen om zich aan te passen aan hun nieuwe omgeving in de bergen, die voorheen slechts een tijdelijke verblijfplaats was geweest, was hun cultuur ten gronde gericht.

Nog een voorbeeld: In Groenland hebben Eskimostammen zich duizenden jaren lang aan hun omgeving aangepast in kleine jagersgemeenschappen langs de kust. Ze kenden een rijke traditie waar het de zorg voor en de opvoeding van kinderen betrof. Daar hoorde een driedaagse lentepicknick in de bergen bij waar de kinderen die in de winter geboren waren hun eerste stapjes konden zetten, en alle pogingen die de kinderen ondernamen werden door alle stamleden met luid gejuich begroet. Rond 1960 haalde de Deense regering bijna alle oorspronkelijke bewoners over om naar nieuwbouwsteden te verhuizen. Vijftien jaar later bestond de generatie die daar was opgegroeid uit een gigantisch aantal slecht aangepaste, alcoholistische, psychotische en van hun identiteit beroofde jongeren, waarvan een angstwekkend aantal zelfmoord pleegde. Tot op heden plegen Groenlandse jongeren relatief vaak zelfmoord. Het lot van Amerikaanse Indianen is vergelijkbaar.

De ineensorting van het communisme en van de samenleving in het algemeen in Rusland, Roemenië en andere landen heeft een leger verweesde kinderen opgeleverd die in straatbendes overleven. Daarnaast zij er adoptiefkinderen die ontelbare adoptiefouders tot wanhoop brengen, ouders die verwachten dat liefde alle wonden heelt en die als gevolg daarvan zelf gekwetst raken. Ik herinner me een lunchpauze waarin een stafmedewerker opperde: 'Laten we een nieuwe vleugel bouwen voor geadopteerde Roemeense kinderen'. Spijtig genoeg is zijn doemdenkerij grotendeels bewaarheid. Hoksbergen (2004) heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar kinderen die in Nederland geadopteerd zijn, in het bijzonder naar 74 Roemeense adoptiekinderen. Zijn schatting, na vervolgonderzoek en testen, is dat tenminste de helft van de kinderen aan een ernstige hechtingsstoornis lijdt. Aan het andere uiterste van het verandering/traditiespectrum bevinden zich gemeenschappen die ontwikkeling afgeschafte hebben in ruil voor continuïteitsbesef en een hecht netwerk, zoals de Amish in Noord-Amerika. Door hun stabiele levensstijl komen er praktisch geen leden voor met duidelijke hechtings- of anderszins ernstige persoonlijkheidsstoornissen, zelfs de psychopaten die volgens de wetten van de statistiek aanwezig zouden moeten zijn lijken ingekapseld door de overkoepelende tradities en sterke uniforme sociale codes van alledag.

Deze voorbeelden dienen om het idee te illustreren dat snelle veranderingen in een samenleving het voor veel gezinnen en individuen onmogelijk maakt om zich aan te passen en in sommige gevallen zelfs resulteert in makkelijk te herkennen fysieke symptomen en persoonlijkheidsstoornissen bij de volgende generatie.

De afstand tussen degenen die zich dankzij stabiele ouderlijke zorg kunnen aanpassen en degenen die dat niet kunnen wordt steeds groter.

Wat gebeurt er als ze ouder worden?

Vijftien tot twintig jaar nadat de Deense moeders buitenshuis waren gaan werken en de baby's, die aan willekeurig contact met andere mensen dan hun ouders waren blootgesteld, de puberteit bereikten, blijkt volgens de statistieken dat de volgende problemen bij de jeugd heel snel in omvang waren toegenomen:

- Persoonlijkheidsstoornissen (antisociale persoonlijkheid, borderline)
- Zware identiteitsproblemen, gevoel van zinloosheid en gebrek aan levenslust;
- Depressiviteit en zelfmoordpogingen (Denemarken heeft, ondanks de nivellering van de welvaart en de uitgebreide sociale zorg, een van de hoogste zelfmoordcijfers ter wereld, waarbij zelfmoord bij jonge meisjes het snelst toeneemt);
- Zelfbeschadiging, lethargie of agressiviteit, stereotiep, zinloos gedrag;
- Verslavingsproblemen;
- Veranderde activiteitsniveaus (hyper- en hypoactiviteit);
- Eetstoornissen (anorexia nervosa, boulimie)
- Auto-immuunziekte (zoals bepaalde vormen van uitslag, artritis en astma)

Deze symptomen hebben altijd al deel uitgemaakt van de puberteitscrisis, maar er zijn tegenwoordig steeds meer jongeren die de grens overschrijden, ze kunnen niet meer functioneren en hebben dringend behandeling nodig.

Een gemeenschappelijk kenmerk van bovengenoemde jeugdstoornissen is heel opvallend; ze komen overeen met de reacties van een baby die te lang van de moeder gescheiden is!

Zou het kunnen dat mensen die als zuigeling in bescheiden mate last hadden van symptomen van verlies deze symptomen in de volgende groeicyclus – puberteit – intenser opnieuw beleven? En dat deze crisis, die een transformatie naar volwassenheid zou moeten zijn, tot een domino-effect van onbalans en daaropvolgende regressie leidt? Ik denk van wel – maar het blijft natuurlijk mijn eigen interpretatie van wat er gebeurt als we ons cultuurpatroon van vroege hechting in zeer korte tijd zo radicaal veranderen.

Nu keer ik terug van de algemene omstandigheden voor de opvoeding van kleine kinderen naar de individuele invalshoek: wat is er karakteristiek voor de verzorger en het kind met een hechtingsstoornis?