

Niels P. Rygaard (2007). *Hechtingsstoornissen. Praktijkgericht therapiehandboek voor ernstige hechtingsstoornissen bij kinderen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP. ISBN 978 90 6665 835 6 (te bestellen via www.swpbook.com).

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 verlatiing 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 hechtingssysteem wordt zozegzegd 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 'bevriezen', 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 Cassidy (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/verstardgedrag (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: aandachtstekortstoornis 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 meervoudige motorische en vocale tics ontwikkelt. 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/kind relatie te verfijnen – om deze in slechts vijftien jaar weer af te breken. 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 onbeschermden 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 superego) 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 behandelphilosofie 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 ontplooiën 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 facet 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 zijn 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 ineenstorting 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 afgeschaft 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 genomen:

- 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?

Het is niet alleen uw probleem – het is ons probleem

De opvoeders die voor een kind met een hechtingsstoornis moet zorgen wil ik er graag aan herinneren dat zij er niet helemaal alleen voor staan en niet alleen de verantwoordelijk dragen: u heeft te maken met een klein facet van een probleem dat de hele samenleving aangaat, dat niet verborgen en privé moet blijven. Dat beweer ik omdat ik in mijn praktijk zie dat mensen die met deze kinderen werken (in het bijzonder adoptief- en pleegouders die nog niets van hechtingsstoornissen afweten), de neiging hebben zichzelf te kwellen met schuldgevoel, uitputtende illusies koesteren over wonderen, en te maken hebben met gevoelens van woede, hulpeloosheid en incompetentie. Met andere woorden: ze vallen aan dezelfde emotionele dynamiek ten prooi als het kind waarvoor ze zorgen, en kunnen het zodoende weinig hulp bieden.

Om een effectieve behandeling te kunnen geven is het buitengewoon belangrijk dat u een overzicht heeft van de algemene aspecten van hechtingsproblemen en dat u uw inspanningen beperkt tot haalbare doelen, waarmee u uw eigen gezondheid niet ondermijnt. Als u dat niet doet raakt u waarschijnlijk opgebrand en moet u de stabiele, kalme, alledaagse, lange termijn-

omgeving die zo belangrijk is voor het optimale functioneren van deze kinderen opgeven. Het kind zou dan opnieuw een afwijzing en een scheiding te verwerken krijgen.

Ons onbewuste oorspronkelijke beeld van kinderen en jeugd

In de behandeling van een kind met een hechtingsstoornis vormt de therapeut het grootste struikelblok. Daar zal het betreffende kind het onmiddellijk mee eens zijn, en de therapeut zal het ervaren. De methoden die we gewoonlijk hanteren werken niet, en deze introductie is bedoeld om te benadrukken dat succes uit mislukking voorkomt. Heb geduld daarom met uzelf als u zich gefrustreerd voelt. Wees er op voorbereid dat u uw emotionele, cognitieve en ideologische houding moet herzien.

Als we het over de ernstigste vorm van hechtingsstoornissen hebben, die bij sommige volwassenen tot psychopathie leiden, stellen we ons ofwel een hoogintelligente, geslepen, bedrieglijke persoon op Wall Street voor, of een brallerige, veel te gespierde bullebak die er niet voor terugdeinst om iemand in elkaar te slaan als die hem om een vuurtje vraagt.

Waar we deze stoornissen niet mee associëren is iets onschuldigs als de kindertijd. Over het algemeen spelen in onze ideeën over de jeugd onbewuste persoonlijke ervaringen mee, waarin liefde en zorg een hoofdrol spelen. Het leven van volwassen psychopaten begon op een plek waar liefde en zorg ver te zoeken waren. Soms was er niemand om het te bieden, soms kon het kind de gift vanwege aangeboren gebreken niet verinnerlijken. De idyllische moeder-en-kind-mythe is verweven met onze religieuze, morele en emotionele structuur. Als deze mythe ontkracht wordt slagen we er als therapeut nauwelijks in om dat te bevatten: hoe kun je een kind begrijpen met moeder-en-kind-herinneringen die bestaan uit sigaretten die op je huid worden uitgedrukt, of uit het regelmatig in elkaar geslagen worden door een volwassene die het op jou gemunt heeft, of uit de isolatie van de couveuse waarin je leven begon, of uit totaal genegeerd worden? En als u zich iets dergelijks voor kunt stellen, hoe denkt u dan dat het kind op latere leeftijd op intimiteit reageert?

Mensen die met kinderen werken zijn geneigd hun baan te beschouwen als een manier om, als een soort verlate compensatie, de liefde en de zorg aan het kind te geven die het eerder niet gekregen heeft.

Maar vanaf heel jonge leeftijd (1-3 jaar, in mijn ervaring) is dat *soms* een hopeloze onderneming. Als het om kinderen gaat worden de meeste sociaal werkers en therapeuten gemotiveerd door de (megalomane) overtuiging dat iedereen gezond, liefhebbend en betrouwbaar kan worden door de magische aanraking van een therapeutische toverstok. Helaas levert deze diepgewortelde overtuiging, die stoelt op onze eigen positieve ervaringen van vóór ons derde levensjaar, ons hoogstens een maagzweer op. ‘Als liefde niet genoeg is, moeten we meer geven,’ lijkt het idee dat er aan ten grondslag ligt. Maar misschien is liefde niet het eerste dat aan bod moet komen.

Welke elementen zijn noodzakelijk om iemand in staat te stellen van iemand anders te houden en wederzijdse afhankelijkheid te ervaren? Zullen we een filosofisch experiment doen? Stelt u zich een pasgeboren baby voor, die moeite heeft om zintuiglijke waarnemingen te rangschikken (geluiden, beelden, geuren, aanrakingen, veranderingen in het evenwicht en dergelijke). Als de ontwikkeling van de zintuigen geremd wordt, zal het kind hinder ondervinden bij het ontwikkelen van een raamwerk waarin de onderliggende betekenis van gezond contact gevat kan worden: de boodschap dat er iemand is die van hem/haar houdt en voor hem/haar wil zorgen. Veel kinderen die later een hechtingsstoornis ontwikkelen hadden in hun vroege jeugd zintuiglijke gebreken of hadden moeite om hun sensorische waarnemingen te ordenen. Stelt u zich vervolgens voor dat deze baby met een moeder te maken heeft die al dan niet van het kind houdt, maar die niet in staat is om het kind op een

goede manier aan te raken en die het kind geen regelmatig lichamelijke zorg en contact kan bieden. Ze begrijpt de signalen van de baby niet en ze geeft het kind te veel óf te weinig. Ze laat het vaak aan buitenstaanders over om voor de baby te zorgen, zoals burens of andere mensen, onbekenden voor de baby. Of stelt u zich een baby voor in een weeshuis, die de hele dag in een wieg ligt en misschien maar vijf tot tien minuten per dag menselijk contact heeft. Stelt u zich de vader voor: a) afwezig, b) gewelddadig of op andere manieren een gevaar voor het kind, c) iemand die voortdurend door nieuwe ‘vaders’ vervangen wordt. Zal dit kind zich op latere leeftijd aan iemand kunnen hechten, of een langdurige, liefdevolle relatie met anderen kunnen aangaan?

De hypothese die in dit boek gesteld wordt is dat het vermogen om lief te hebben in hoge mate afhankelijk is van het lichamenlijk (en dientengevolge emotioneel) contact in de vroege kindertijd (en van het vermogen om dat contact te ervaren). Het kind met een hechtingsstoornis heeft zo weinig contact gehad, of is niet in staat geweest om contact te ervaren, waardoor het onwaarschijnlijk is dat het blijvende wederzijdse relaties op kan bouwen. Dat is waarschijnlijk ook de reden waarom gewone psychotherapie (die altijd gebaseerd is op een wederzijdse emotionele relatie tussen cliënt en therapeut) bij deze cliënten vaak tot mislukken gedoemd is.

De beginnening die heldhaftig van start gaat om te bewijzen dat hij of zij een ‘doorbraak’ naar de emoties van het kind kan forceren, verspilt onvermijdelijk veel tijd die nuttig besteed had kunnen worden. De prijs van de nederlaag is hopelijk een beetje meer geduld, een meer beroepsmatige houding – en het verrassende inzicht dat andere mensen niet noodzakelijkerwijs voelen, doen en leven zoals wijzelf. Als je een kind met een hechtingsstoornis in therapie hebt moet je niet verwachten dat het om een kikker gaat die door een kus in een heldhaftige prins verandert. Waar het om gaat is het inzicht dat, als een kind op het emotionele vlak tekort komt, de psychologische en sociale ontwikkeling vertraging kan oplopen of helemaal tot stilstand komt. Desondanks kan een kind dat in een vroege fase van de ontwikkeling geremd of tot stilstand is gekomen vooruitgang boeken, dat is min of meer afhankelijk van de therapeutische omgeving die aangeboden wordt. Transformatie is het resultaat van het ontwikkelen van eigenschappen die al aanwezig zijn, niet het gevolg van een vergeefse poging om een realiteit te scheppen die aan onze eigen normen en verwachtingen voldoet.

Als we met kinderen werken merken we meestal duidelijk dat ze zich volgens hun eigen patronen ontwikkelen, ondanks onze pogingen om ze te veranderen. Bovendien wordt het in het werken met kinderen met een hechtingsstoornis pijnlijk duidelijk dat ze zich alleen kunnen ontwikkelen als de therapeut onderkent waarom ze zijn zoals ze zijn, en ze kan helpen om langzaam uit de onvolwassenheid naar een volwassen persoonlijkheid te groeien. Wie verwacht dat een kind dankbaar is, of het professionele ego van de therapeut streelt door snel te veranderen, komt bedrogen uit en de cliënt wordt opnieuw slachtoffer van zijn of haar eigen beperkingen.

‘Therapie’ komt van het Griekse ‘theraps’ dat ‘dienaar’ betekent; de professionele therapeut creëert een omgeving die in dienst staat van de ontwikkeling van het kind. De filosoof Kierkegaard zei: ‘Je kunt iemand niet helpen tenzij je een poging doet om te begrijpen hoe die ander de wereld ziet’. Een kind met een hechtingsstoornis kan een therapeut heel goed zien als een naïeve vijand die makkelijk voor de gek te houden is, die zelf hard werkt in plaats van anderen het werk te laten doen, die zich laat beperken door angst, geweten, liefde en andere ‘minderwaardige gevoelens’ die onmiddellijke bevrediging in de weg staan. Het kind ziet de therapeut wellicht niet eens als een persoon, maar eerder als een stuk speelgoed of gereedschap, en zal u met het grootste plezier ontleden of experimenteren met uw kostbare gevoelens:

Een twaalfjarig jongetje komt de stafruinthe binnen en zegt: 'Ik heb zonet Thomas vermoord.' We rennen naar buiten om de stoffelijke resten van Thomas veilig te stellen – maar Thomas zit vrolijk een hek te verven. We gaan terug, en het jongetje zegt: 'Ik heb hem met geen vinger aangeraakt – ik wou alleen zien hoe jullie reageren...'

De eerste, meest voor de hand liggende reacties op zo'n stunt zijn walging, woede, wantrouwen en ondoordachte handelingen van de kant van de therapeut. Eigenlijk een tijdelijk regressiepatroon, omdat er een aanslag is gepleegd op de fundamenteën van zijn of haar bestaan. Dat gevoel wortelt gedeeltelijk in de werkelijkheid (als je een psychopaat maar lang genoeg aan zijn hoofd zeurt om emotioneel te reageren zou hij je wens wel eens kunnen vervullen door je in een woedeaanval van kant te maken). Een andere, meer diffuse bedreiging bestaat eruit dat je met je neus op het feit gedrukt wordt dat je er minder hoogstaande gevoelens opna houdt dan je zelf altijd dacht: als je door een cliënt wordt uitgedaagd sta je opeens aan de afgrond van je eigen onmenselijkheid, zowel als hulpverlener als ouder.

Maar er is een vorm van compensatie. Wanneer we beseffen dat we als therapeut niet almachtig zijn, wanneer we door hopeloosheid worden overmeesterd, kunnen we door wat we meemaken het gevoel krijgen dat we dicht bij de werkelijkheid leven, en dat we daardoor in staat zijn om interessantere vragen te stellen die meer vruchten afwerpen. Vragen over hoe je de verantwoordelijkheid voor een andere persoon kunt nemen en daardoor ook voor jezelf; hoe je een omgeving kunt ontwerpen waarin een kind met een hechtingsstoornis op een redelijk kalme en stabiele manier kan functioneren; hoe je iemand met een handicap kunt helpen – door de aard van de handicap te herkennen en te accepteren, in plaats van die handicap te negeren.

Mijn eigen ideeën

Jarenlang heb ik in een pleeghuis met kinderen met een hechtingsstoornis gewerkt, en daardoor ben ik natuurlijk verschillende malen van idee veranderd. Bijvoorbeeld toen een kind op een winterdag op het bevroren dak van een gebouw van drie verdiepingen was geklommen en uit wanhoop dreigde er van af te springen. Hij riep door zijn tranen heen dat zijn leven waardeloos was, dat hij zijn moeder miste, dat de stafleden harteloos waren, en dat hij dood wilde. Na enige aarzeling klom ik dapper naar buiten om hem te redden – om halverwege te ontdekken dat hij alles in scène had gezet om zichzelf en twintig kleine metgezellen op de grond een verzetje te bieden. Naderhand bleek dat hij zelfs weddenschappen met de andere kinderen had afgesloten of hij me wel of niet het dak op zou krijgen. Naderhand incasseerde de kleine bookmaker onaangedaan zijn geld van de anderen, terwijl ik me in mijn kantoor terugtrok met mijn vragen over hechtingsstoornissen en me afvroeg hoe ik leiding moest geven aan stafleden die bezeten waren door een paranoïde controledrang.

Of de keer dat ik met een zesjarig meisje met blonde krullen en blauwe ogen aan het wandelen was en ze me enthousiast vertelde: 'Ik kan de nieuwe juf van kleur laten veranderen'. Ik vroeg haar om dat eens voor te doen. We gingen bij de juf zitten, het meisje wees naar mij en zei 'Die lelijke man heeft net zijn hand in mijn onderbroek gestoken!' Onze nieuwe leerkracht werd roze/rood toen ze die informatie verwerkte. Het meisje lachte blij, keek haar toen streng aan en zei 'Ik weet wat je gisteren met Tommy hebt gedaan – ik kan het aan alle volwassenen vertellen!' De vrouw, inmiddels lijkbleek, was vergeten een kind bij de bushalte op te halen en had zich te erg geschaamd om het aan de andere stafleden te vertellen. Zo ging het meisje nog een poosje door, en na een poosje draaide ze zich naar mij toe en zei triomfantelijk, met onschuldig enthousiasme 'Zie je wel – ik kan haar van kleur laten

veranderen wanneer ik dat maar wil!’ Ik zei tegen het kind dat ze op moest houden om met de vrouw te spelen en dat ze met haar fiets moest gaan spelen; daarna raapte ik de lerares bij elkaar. Dat meisje was zes, en had nog niet geleerd hoe ze een persoon van een voorwerp moest onderscheiden. Voor haar was een staflid een veredelde automaat. Een week later overhandigde het meisje me een dood konijntje, dat ze op vier plaatsen open had geknipt, met de mededeling: ‘Hij doet het niet meer, en hij bloedt de hele tijd – kan jij hem weer in elkaar zetten? – Hoezo gelukkige jeugd?’

De werkelijkheid: dit is net zo goed een handicap

De indruk die je door dit werk krijgt is die van kinderen met een ernstige handicap – sociaal en emotioneel dermate onvolwassen dat je ze op die gebieden blind zou kunnen noemen. Stelt u zich eens voor dat u geen remmingen kende. Ieder gevoel, iedere impuls en elke neiging zou zichzelf dan eindeloos versterken tot de totale chaos bereikt is. Misschien komt het opeens bij u op dat New York een leuke stad is, en het volgende moment hebt u al een bus gepakt die die kant op gaat (als uw aandacht onderweg naar het busstation tenminste niet wordt afgeleid). Of u ergert zich aan een onschuldige opmerking van iemand en krijgt een spontane woedeuitbarsting. Of de leerkracht heeft een monotone stem, en binnen twee minuten valt u in slaap. Een kind met hechtingsstoornissen is gehandicapt op een manier die het moeilijk of onmogelijk maakt om zich te beheersen of het gedrag te modificeren als een sensatie of een impuls zich aandient,. Het kan emotionele energie niet lang vasthouden of stabiliseren. Het gevolg van dit gebrek is dat een gevoel van tijd, ruimte, verhoudingen en doelgerichtheid alleen op een heel laag niveau aanwezig zijn, en zeker niet op het niveau dat de verzorgers verwachten.

Het kind pareert de dichotomie tussen mogelijkheid en verwachting gewoonlijk door een kunstig verdedigingwerk van geïmiteerde gedragspatronen te ontwikkelen om het gat te dichten. In sommige gevallen is deze verdediging niet alleen een deel van de persoonlijkheid, het weerspiegelt de hele persoonlijkheid zelf. Het kind leert elke rol, elk gedragspatroon en elke emotie te imiteren zonder hem innerlijk beleefd te hebben, Het wordt geobsedeerd door het onder controle houden van de vijandige wereld, zoals Shakespeare’s *Duke of Gloucester* dat deed (die overigens zijn carrière beëindigde als koning en seriemoordenaar, niet veel anders dan veel tegenwoordige heersers).

Over terminologie

‘Hechtingsstoornis’ impliceert een verwrongen, teleurgesteld, negatief beeld bij het kind van hechting. In de ernstigste gevallen heeft een kind helemaal geen beeld. Laat ik u een voorbeeld geven: het bovengenoemde meisje. Ze had normale ouders, maar haar geboorte was zeer gecompliceerd, en daarbij had ze ook nog een huidziekte waardoor ze geen zuurstof kon opnemen. Ze werd in een couveuse gelegd, waar ze twaalf maanden doorbracht. Dat was in de zeventiger jaren, en de ziekenhuisstaf wist niet hoe belangrijk menselijk contact voor een pasgeborene is. Ze werd al die tijd dan ook nauwelijks aangeraakt. De couveuses van toen kon je aan de buitenkant een beetje horen zoemen, maar binnenin bereikte het geluid van sommige modellen een niveau van 110 decibel. Als u wilt weten hoe hard dat is kunt u onder een Jumbojet gaan staan die aan het opwarmen is.

Maakt dit kind onderscheid tussen mensen en de dingen om haar heen? Haat ze iemand, houdt ze van iemand (niets in haar gedrag wijst daarop)? Krijgt ze een sentimenteel gevoel als ze een ventilator hoort? Dit voorbeeld van totale onthouding is niet zo exotisch als u misschien

denkt, als je bijvoorbeeld de Roemeense weeshuiskinderen in beschouwing neemt die ik in een soortgelijke omgeving heb gezien. Nadat ze uit de couveuse kwam is ze door haar pleegouders op alle mogelijke manieren gestimuleerd, en als dat niet gebeurd was zou ze waarschijnlijk eerder als psychotisch beschouwd zijn dan als iemand met een hechtingsstoornis – ze beschikte op haar zesde tenminste over een intellectueel structureringsvermogen.

Er zijn natuurlijk verschillende gradaties van een hechtingsstoornis: het totaal niet gehechte kind, het kind met tegenstrijdige gehechtheid dat tegelijkertijd intens verlangt én haat, en het onzeker gehechte kind dat een laag zelfbeeld heeft en zich verschrikkelijk alleen en verlaten voelt. De laatste twee zijn bijna als zware hechtingsstoornis aan te merken.

Vanuit het standpunt van de samenleving gedragen kinderen met een hechtingsstoornis zich antisociaal. Vanuit het standpunt van een klinisch psycholoog, zoals ik, rijpt hun persoonlijkheid nooit tot het punt waar ze onderscheid kunnen maken tussen wat sociaal is en wat niet; de ernstige gevallen zijn eerder presociaal dan bewust antisociaal. ‘Presociale persoonlijkheid’, ofwel afwezigheid van sociaal begrip, zou een juistere omschrijving van deze kinderen zijn.

Ze worstelen om de complexiteit van zelfs de kleinste groep te bevatten, en als het gaat om het beheersen van hun eigen energie zijn ze net zo hulpeloos als een baby op een motorfiets. Het vereist een bepaalde mate van volwassenheid om je bewust te zijn (en zodoende deel uit te maken) van een sociaal systeem. Als iemand over een normale intelligentie en een onvolwassen persoonlijkheid beschikt, ligt de oplossing voor contact vaak in een pseudosociale oppervlakkigheid: de cliënt kan elke sociale rol aannemen en elk willekeurig gedrag vertonen.

Er zijn veel steekhoudende redenen om jezelf te verdiepen in de aard van cliënten met een hechtingsstoornis. Een ervan is dat ze ons iets vertellen over de ziektes van de maatschappij in het algemeen; een andere dat onze studies ons een oneindige schat aan gegevens verschaft om de voorwaarden en beperkingen te begrijpen die ons gedurende ons bestaan in staat stellen een gezonde hechting te ontwikkelen.

Het woord ‘moeder’ komt vaak voor in de tekst, maar eigenlijk gaat het over een groter begrip. In veel gezinnen leveren de vader, de grootouders of andere stabiele personen zoals pleegouders of dagverblijfspersoneel een succesvolle bijdrage aan het raamwerk van veilige emotionele binding dat de moeder de baby biedt. ‘Moeder’ verwijst in deze tekst naar een functie, niet noodzakelijkerwijs naar biologische verwantschap als zodanig. Het is ‘degene die gedurende de eerste twee levensjaren verantwoordelijk is voor de opvoeding van het kind, degene aan wie het kind zich kan hechten, vaak in combinatie met secundaire rolmodellen’. Men gelooft over het algemeen dat een kind zich met succes aan een combinatie van vier à vijf stabiele personen kan hechten, bijvoorbeeld moeder, vader, dagverblijf, een zus en een broer of een andere groep personen die ‘moederlijk’ gedrag aanbiedt. De ‘moederfunctie’ is eigenlijk een ‘klein, samenhangend, liefhebbend, kindvriendelijk sociaal systeem’.

Inhoud – wat kan dit boek u bieden

Als u onmiddellijk wilt weten hoe u een specifiek kind moet aanpakken, ga dan direct naar deel II, maar lees daarna alstublieft alsnog deel I. Op de lange termijn biedt theoretisch begrip u meer uithoudingsvermogen, veelzijdigheid en onafhankelijkheid in uw werk.

Deel I behandelt de theorie, oorzaken en symptomen: wat is de basistheorie die u moet kennen om dit boek te lezen? Wat kan het contact tussen het kind en de omgeving verstoren? Wat is contact, niet alleen in de psychologische zin van het woord maar ook de fysieke stadia van embryo tot geboorte? De tekst volgt de chronologie van de ontwikkeling van het kind.

Er wordt rekening gehouden met gegevens uit de genetica, embryologie, neurologie en pediatrie in de beschrijving van oorzaken en gevolgen.

Verder bevat deel I een aantal *checklists* om *symptomen van hechtingsstoornissen* op verschillende leeftijden te herkennen.

De checklists zijn bedoeld om het risico op een hechtingsstoornis in kaart te brengen – het zijn geen diagnostische handboeken, maar ze kunnen een leidraad vormen en u helpen om te beslissen of professionele hulp nodig is.

Deel II beschrijft de therapie tijdens verschillende stadia van de ontwikkeling. In vroege fases (bijvoorbeeld tijdens de zwangerschap) kan de therapie er uit bestaan de moeder te overtuigen dat ze geen alcohol moet drinken, in een later stadium kan therapie het kind helpen bij de opbouw en het stabiliseren van sensorische functies, in een nog later stadium bij het leren beheersen van de sociale omgeving. Tijdens de zwangerschap en gedurende de jeugd vinden er voortdurend transformaties plaats bij een kind, en iedere transformatie vereist een nieuwe behandeling. Een methode die op een bepaald punt in de ontwikkeling van toepassing is kan in een andere fase nutteloos of zelfs verwoestend zijn.

Om uw eigen behandelplan op te stellen voor de verschillende ontwikkelingsfases van het kind vindt u doelstellingen, methoden en barrières.

In deel III staan richtlijnen voor het organiseren van de therapeutische omgeving. Als inspiratie voor de inrichting van de therapeutische omgeving wordt hier het emotionele, fysieke, sociale raamwerk besproken. Er wordt beschreven welke persoonlijke ontwikkelingen en problemen mensen die werken met hechtingsstoornissen doormaken en tegenkomen. Ook de taken van de supervisor komen aan bod. Er worden voorstellen gedaan voor teambuilding op groepsniveau en er wordt uitgelegd welke eisen er aan het leiderschap gesteld worden om het team te ondersteunen.