**Focus op hechting**

Training voor JGZ professionals

**Paulien Kuipers**

©

De methodiek Kuipers I en II is beschermd via intellectueel eigendom en mag niet door derden worden gebruikt, tenzij na deelname aan een gecertificeerde opleiding vanuit Stichting Kinderleven tot hechtingsspecialist.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of door fotokopieën, opname, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Stichting Kinderleven.

© Stichting Kinderleven 2017

www.stichtingkinderleven.nl

[info@stichtingkinderleven.nl](mailto:info@stichtingkinderleven.nl)

Deze training is in ontwikkeling. Na iedere training wordt het materiaal op belangrijke punten aangepast/aangevuld.

**Terwijl**

De moeder leidt het kind naar binnen

en trekt de stoel waarop het zitten moet

gedachteloos wat naar zich toe.

Terwijl zij praat,

- een ratelslang die door de kamer kruipt -

zie ik haar kind verstillen.

Ze aarzelen wanneer ik vraag

of het wil spelen. Dan laat het los.

Terwijl het kind de ruimte openspeelt,verdwaalt haar moeder in de taal.

Verleden is hun nooit geheelde wond.

'Toen jouw vader en jouw moeder ...',

zeg ik terwijl het kind met luisterogen kijkt.

Het knikt en trekt de moeder in het spel.

In dit gebaar wordt nieuwe taal geboren.

Ik zie de lichtheid in hun lopen als zij gaan.

Meindert Boersma

# Inhoudsopgave

* 1. Wat is en doet Stichting Kinderleven
  2. **Stichting Kinderleven behandelcentrum en kenniscentrum**
  3. **Project Focus op hechting in Maastricht**

2. Doelstelling training Focus op hechting

2.1 Achtergrondinformatie

2.2 Relevantie training

2.3 Doelstelling training

* 1. Programma bijeenkomsten

**3. Inhoud Bijeenkomst 1  
4. Inhoud Bijeenkomst 2   
5. Inhoud Bijeenkomst 3   
6. Inhoud Bijeenkomst 4   
7. Borging  
8. Uit de praktijk  
9. Aanbevolen literatuur**

**Naast deze syllabus (zonder alle bijgevoegde artikelen) is het lezen van het boek ‘Eerste hulp bij hechting’, geschreven door Paulien Kuipers verplicht. Dit boek krijgen alle deelnemers uitgereikt en de inhoud wordt als huiswerk verwerkt.**

1. Wat is en doet Stichting Kinderleven

**1.1 Uitgangspunten Stichting Kinderleven**

Stichting Kinderleven richt zich op het verbeteren van de band tussen ouders en hun (jonge) kind in de breedste zin van het woord.   
De Stichting:

* is innovatief op het terrein van de jeugd(gezondheid)zorg
* is een behandelcentrum voor ouders en hun jonge kinderen
* ontwikkelt hulpverleningsmethodieken
* doet onderzoek
* is een kenniscentrum voor hulpverleners op het terrein van hechting
* geeft trainingen, voorlichting en lezingen over de band tussen ouders en kind
* draagt bij aan de maatschappelijke discussie over de relatie tussen ouders en kinderen

Belangrijke uitgangspunten van de Stichting Kinderleven zijn:

Kleine kind is talig:

Het jonge kind spreekt weliswaar nog niet in woorden, maar communiceert wel. Met de lichaamstaal en het gedrag reageert een kind op de sfeer en de stemmingen van zijn ouders en van anderen. Klachten van het jonge kind worden daarom mede begrepen vanuit het samenlevingsverband van het kind. Het kleine kind is weliswaar nog niet autonoom in het dagelijks leven, maar wel autonoom in zijn verlangen om zich te ontwikkelen tot de unieke mens die het al in wezen is. Het kind is al gevoelig voor taal / woorden vanaf het prille begin, met name voor woorden en zinnen die betekenis verlenen aan zijn bestaan. Binnen de methodiek van Stichting Kinderleven wordt daarom ook met de allerkleinsten gesproken.

Opheffen barrières:

Zowel het kind als de ouders lijden wanneer hun onderlinge relatie zich moeizaam ontwikkelt. Tijdens de consulten zijn in de regel de ouders samen met hun kind deelnemers.

Des te eerder de barrières tussen ouders en kind, welke een goede relatievorming in de weg staan, opgeheven worden, des te beter is dit voor de ontwikkeling van het kind. Daarom richt Stichting Kinderleven zich ook op de relatievorming van ouders met hun allerkleinste kinderen, bijvoorbeeld nog voor en direct na de geboorte.

Positieve band geeft vertrouwen:

Een onveilige gehechtheidsrelatie is geen persoonskenmerk van het kind of van de ouder(s), maar een kenmerk van de relatie tussen kind en volwassene. Een kind met een onveilige hechtingsrelatie bouwt onvoldoende vertrouwen in zichzelf en anderen op. Er is hulp nodig om de relatie tussen ouders en kind veiliger te helpen maken en de band in positieve zin te herstellen.

Bijsturen is mogelijk:

De band van het kind met de ouders of belangrijke anderen (pleegouders bijv.) kan op iedere leeftijd bijgestuurd worden doordat het kind alsnog positieve ervaringen opdoet met deze gehechtheidspersoon. Positieve ervaringen doet een kind op wanneer de gehechtheidspersoon beschikbaar is, sensitief en voorspelbaar reageert op het kind en leert praten met het kind over dingen die het leven van het kind betreffen.

Comfortzone:

Omdat een goede comfortzone van ouders zo belangrijk is voor het opbouwen van een veilige relatie is het erg belangrijk dat jeugd(gezondheids)zorgwerkers kunnen inschatten in hoeverre ouders de negatieve uitingen van hun kind kunnen verdragen. Ouders met een moeilijke voorgeschiedenis, die zelf weer ouders hadden met een smalle comfortzone of zelf onveilig gehecht zijn zullen meer moeite kunnen ondervinden met de negatieve emoties van hun eigen kind. Ouders met een psychiatrische diagnose zoals depressie of autisme of perfectionisme zullen vaker moeite hebben met het de-regulerende onvoorspelbare gedrag van hun baby.

Netwerk:

Een solide netwerk van relaties met volwassen familieleden zoals ooms, tantes en grootouders is van groot belang voor kinderen waarvan de ouders moeite hebben sensitief en afstemmend met hun kind om te gaan.

Voorspelbaarheid:

Om een veilige gehechtheidsrelatie op te bouwen is het nodig dat de volwassene sensitief en voorspelbaar met het kind omgaat. Een veilige gehechtheidsrelatie is gebaat bij continuïteit en stabiliteit in de aanwezigheid van vaste verzorgers. Dat wil zeggen: een klein aantal verzorgers (dit kunnen zowel de ouders als andere ouders zijn) heeft zeer regelmatig contact met het kind.

Blauwdruk voor geluk:

Een goede gehechtheidsrelatie die een kind in zijn vroege jeugd heeft opgebouwd met zijn ouder(s) is een blauwdruk voor geluk. Zijn de interacties met ouders in de eerste jaren afgestemd en veilig, dan zullen kinderen zich ontwikkelen tot mensen die in staat zijn op positieve wijze contacten met anderen te onderhouden, als partner, als vriend, als ouder. Wanneer echter de interacties in de kindertijd stress en angst oproepen, dan zullen dit ook de ingrediënten kunnen worden die toekomstige interacties in het leven gaan kleuren.

Ontwikkelen van een interventie

Het blijkt dat passende, verbindende taal de ‘kloof’ soms eenvoudig kan opheffen. Vanuit deze kennis heeft Stichting Kinderleven een kortdurende hulpverleningsmethodiek ontwikkeld (het ééngespreksmodel,methode Kuipers I). Deze methodiek kan, indien voldoende getraind, door jeugdartsen, verpleegkundigen en verloskundigen ingezet worden. Uiteindelijk zien de artsen en verpleegkundigen op het consultatiebureau immers bijna alle ouders met hun pasgeboren kinderen en is er vlak na de geboorte of al in de zwangerschap nauw contact met een verloskundige/ specialist. Al deze eerstelijnszorgverleners kunnen met deze methodiek helpen om de kans op een positieve start van de ouder – kind relatie zo optimaal mogelijk te laten zijn: een relatie waarin de ouders zich kunnen afstemmen op de behoeftes van hun baby, zich competent voelen en hun baby kunnen ‘lezen’ en waarin kinderen zich veilig voelen.

De methodiek is gebaseerd op reeds ontwikkelde methodieken in het buitenland, met name in de V.S. en Frankrijk. Daar zijn inmiddels effectieve en beproefde behandelmethodieken voorhanden die direct een eenvoudig toepasbaar zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. Echter, deze methodieken waren tot voor kort nog niet voor de Nederlandse situatie toepasbaar gemaakt, en überhaupt nog niet uitgeprobeerd of ingevoerd. Stichting Kinderleven heeft op basis van deze buitenlandse methodieken een methodiek ontwikkeld voor de Nederlandse situatie. Eerst is deze methodiek op kleine schaal toegepast binnen de eerstelijnspsychologenpraktijk en de resultaten voor ouders en kinderen zijn tot nu toe succesvol. Het belang van het thema hechting is tijdens vorige trainingen unaniem door de deelnemers onderschreven. “Vernieuwend, inspirerend” en “dit is de informatie die tot nu toe ontbreekt en noodzakelijk is voor iedereen die met jonge kinderen werkt” zijn enkele van de vele positieve reacties tijdens de bijeenkomsten.

**1.2 Project ‘Focus op hechting’ Maastricht**

In 2014 en 2015 heeft Stichting Kinderleven, in samenwerking met Envida, gesubsidieerd door de gemeente Maastricht, de training ‘Focus op hechting’ gerealiseerd bij 30 deelnemers: jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van de JGZ in Maastricht. In februari 2016 is de training geborgd en hebben de deelnemers een evaluatieformulier ingevuld. Destijds werd als voorwaarde gesteld dat er een evaluatie zou plaatsvinden en dat er speciale aandacht voor borging zou zijn. De provincie Limburg heeft hiervoor een subsidie toegekend. In 2015 heeft Stichting Kinderleven een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. De belangstelling voor veilige hechting bij baby’s kwam in de spotlights. Na de positieve verhalen uit Maastricht waren er steeds meer regio’s in Zuid-Limburg die een training wilde volgen. De stichting heeft in 2016 trainingen in heel Limburg gegegeven voor jeugdartsen en verpleegkundigen. Aan de basis van dit boek ligt het Maastrichtse project. De conclusie die getrokken zijn uit alle evaluatieformulieren die door jeugdartsen enjeugdverpleegkundigen werden ingevuld zijn verwerkt in de latere versies van de training.

De training Focus op hechting mag gezien worden als een succesvolle training van basis JGZ hulpverleners in Maastricht om beter gefocust te zijn op allerlei signalen die kunnen wijzen op onveilige hechting. De deelnemers waren positief tot zeer positief over de training blijkt uit de evaluaties: eye-opener, nu meer bewust, meer onderbouwing om het te signaleren, nog meer besef dat alles om hechting draait.

Ze omschreven hun toegenomen vaardigheden uitgebreid alhoewel met name bij de verpleegkundigen aarzeling is om in te grijpen als het gaat om zelf te interveniëren of te verwijzen. Meestal is het de arts die het voortouw neemt. Toch blijkt uit de antwoorden van de verpleegkundigen en uit hun praktijkvoorbeelden dat ze zeer goed in staat zijn om te beoordelen en de gesprekken met ouders te voeren. Bij het signaleren van hechtingsproblemen scoorden de verpleegkundigen hoger dan bij de vraag naar concrete interventies.

Belangrijk werd met name gevonden: De theorie over hechting, signaleren, benoemen en woorden geven. Zoals een deelnemer schrijft: “Ik wilde vooral leren om dat vage 'niet pluis gevoel - ik kan er de vinger niet opleggen' iets mee te kunnen doen. Er woorden voor te vinden.”

Verder werd gemeld (naast toegenomen alertheid) dat de aandacht tijdens het consult naar kind- omgeving en de interactie naar het 'ertussen' is verplaatst. De relatie is de cliënt/patiënt!

Verbeterpunten werden er ook genoemd:

* Ik wilde wel nog meer leren rondom verwijzingen: hoe worden prioriteiten gesteld in het bespreken van dingen, hoe gebeurt de intake.
* Feedback naar verwijzer indien verwijzing onzorgvuldig of onterecht is geweest.
* Meer voorbeelden uit de praktijk.
* De factor tijd. Vaak blijkt dat er geen tijd is om uitgebreid aandacht te besteden aan de interactie ouders-kind. Het comfortabel voelen van de hulpverlener en ruimte bieden aan de ouder kost tijd (en die is er vaak niet). Tijdsdruk werkt contraproductief.
* Nog steeds onwennigheid om het ééngespreksmodel echt toe te passen.
* Het moge duidelijk zijn dat na deze training het werk en de verdieping in onveilige hechting bij de deelnemers verder moet gaan. De training is de start om het signaleren een plek te geven en om de hulpverlener taal aan te reiken om met de ouders en het kind te praten. Het voeren van het ééngespreksmodel en het verwijzen zullen in de dagelijkse praktijk steeds gemakkelijker en vertrouwder worden.

1. Doelstelling training focus op hechting

2.1 Achtergrondinformatie

Uit onderzoek (o.a. Bowly 1980; Gerhardt 2004) blijkt dat ontwikkelingsproblemen bij kinderen vaak terug te voeren zijn op een onveilige band tussen ouders en kind.

Een onveilige band tussen ouders en kind kan verschillende oorzaken hebben: een ongewenste zwangerschap, een moeilijke geboorte of een vroeggeboorte, relatieproblemen tussen de ouders, maar ook familiaire verwikkelingen en een problematische gezinsachtergrond van de ouders.

Wanneer een hechtingsprobleem tussen ouders en kind in een vroeg stadium aandacht krijgt en omgebogen kan worden naar een veilige liefdevolle band, zal de schade voor kind en ouders beperkt kunnen blijven. Want de schade van een onveilige band kan groot zijn voor het kind.

In het eerste levensjaar maken de hersenen van het kleine kind een enorme ontwikkeling door en in dit eerste jaar vormt het kind op grond van zijn ervaringen met zijn ouders een blauwdruk voor zijn functioneren voor de rest van zijn leven. Kinderen die opgroeien in een onveilige situatie hebben, zo blijkt uit onderzoek, later meer agressieregulatie- problemen, meer concentratieproblemen en presteren minder op school. Ze hebben meer moeite met het in stand houden van relaties en zijn later minder betrouwbare ouders. Een onveilige band met de ouders kan in de volwassenheid leiden tot psychiatrische problematiek die om (uitgebreide) behandeling vraagt (Shore 1994; Cassidy en Shaver 1999; Brisch 1999).

De huidige ‘ouder en kind zorg’ is sterk gericht op fysieke gezondheidsaspecten en opvoedingsondersteuning. Daarin wordt nauwelijks aandacht besteed aan vroegtijdige signalering en behandeling van hechtingsproblemen tussen ouders en kind. Hier is sprake van een hiaat in de zorg.

Het project beoogt om binnen de eerstelijnszorg middels een effectieve behandelmethode beginnende hechtingsproblemen te herstellen, zodat voorkomen wordt dat er ernstiger problemen bij ouders en kind kunnen ontstaan. Een dergelijke eerstelijns interventiemethode is momenteel alleen in Amerika wetenschappelijk onderzocht en toepasbaar gemaakt. Het is van belang dat in Nederland ook in de eerstelijnsgezondheidszorg de behandeling van hechtingsproblemen mogelijk wordt, vanuit het oogpunt dat snelle daadwerkelijke hulp, preventief en kostenbesparend is. Dit laatste ten gevolge van minder verwijzing naar de tweedelijns GGZ. Momenteel wordt een variant van het gesprekkenmodel van Dolto (1994), het zogenoemde ééngespreksmodel, op nog beperkte schaal toegepast in de eerstelijnspsychologenpraktijk. Bij meer complexe hechtingsproblemen wordt daarnaast de speciaal voor eerstelijnspsychologen en orthopedagogen ontwikkelde vijfgesprekkenmodel toegepast. De resultaten die momenteel middels een wetenschappelijke afstudeerstage zijn onderzocht zijn meer dan verrassend te noemen.

## 2.2 Relevantie training

De afgelopen jaren heeft de Stichting Kinderleven kennis en inzicht verworven m.b.t. de wijze waarop nu omgegaan wordt met hechtingsproblemen. Allereerst valt op dat in de dagelijkse hectiek hechtingsproblemen vaak gemist worden. Wanneer het de zorgverleners opvalt dat de band tussen ouders en kind te wensen overlaat, weten zij vaak niet wat te doen of waarheen te verwijzen. Vaak wordt op hechtingsproblemen gereageerd met het geven van opvoedingsadviezen, die door de ouders niet of onvoldoende opgevolgd kunnen worden. Het vooronderzoek vond plaats zowel in de reguliere eerstelijns(gezondheids)zorg, als in de specifieke eerste- en tweedelijns GGZ.

In 2013 werden de eerste voorlichtingsbijeenkomsten over hechting gegeven. Het was in alle trainingen en bijeenkomsten telkens weer bijzonder om te merken hoezeer deze informatie over goede binding de aanwezige zorgverleners raakten. Heel veel van hen gaven aan dat het hechtingsproblemen en het ontbreken van een veilige band als basis onder de ouder-kindrelatie volgens hen de kern raakt van hun werk met ouders&kinderen. De informatie die ze kregen over hechting verhelderde veel situaties waarin zij tot dan toe vaak machteloos waren een passend antwoord schuldig moesten blijven. Velen gaven aan verdere training essentieel te vinden. Daarmee zou veel hechtings-problematiek direct in de eerstelijnshulp aangepakt kunnen worden en vaak erger voorkomen kunnen worden.

## 2.3 Doelstelling training

Het doel van de training is dat de deelnemer inzicht krijgt in het enorme belang van een positieve band tussen ouders en hun kind. Deze band ligt ten grondslag aan het welzijn en de ontwikkeling van zowel ouders als kind. Uit recent wetenschappelijk onderzoek wordt dit belang bevestigd. Een positieve relatievorming tussen ouders en kind beïnvloedt de ontwikkeling van de hersenen van het kind in positieve zin. Er is een samenhang aangetoond tussen een veilige hechting en een gezonde agressieregulatie, voldoende stressbestendigheid, schoolresultaten en het vermogen tot het opbouwen van vriendschappen en latere partnerrelaties.

Binnen deze training die gebaseerd is op de praktijk binnen de JGZ, worden handreikingen gedaan om de relatievorming tussen ouders en kind positief te beïnvloeden waar dat mogelijk is: in de omgang met de baby, in de gesprekken met de ouders of met ouders én kind.

Met behulp van taal – de goede woorden - kunnen ouders en kind geholpen worden om de weg naar elkaar terug te vinden, ver voordat er sprake is van verregaande verwijdering. Dit ‘helpen hechten’ kan plaatsvinden binnen het dagelijkse werk van de professional: er hoeven geen nieuwe werkzaamheden bij te komen.

De deelnemer verwerft binnen de training kennis over en inzicht in de (subtiele) signalen die in een ouder-kind relatie kunnen wijzen op een onveilige, zich in negatieve zin ontwikkelende band en de deelnemer leert om vanuit verschillende invalshoeken de band tussen ouders en kind te beoordelen. Gangbare begrippen komen daarbij aan de orde, zoals afstemming, responsiviteit, sensibiliteit, mentaliseren, herhalen.

De deelnemer verwerft kennis over en inzicht in de oorzaken van een verstoring in de hechting tussen ouders en kind.

De deelnemer leert achter voorkomende vragen van ouders op het spreekuur van jeugdartsen en jeugd-verpleegkundigen de kwaliteit van de hechtingsrelatie kennen.

De deelnemer leert aan de hand van de methode van het ‘ééngespreksmodel’ (speciaal ontwikkeld voor de JGZ), de band tussen ouders en kind positief te beïnvloeden.

De deelnemer krijgt inzicht in de criteria voor verwijzing naar de generalistische basis GGZ.

Er wordt veel aandacht besteed aan de grondhouding van de jeugdarts / verpleegkundige als hulpverlener in relatie tot ouders en kind.

**2.4 Programma bijeenkomsten**

**Programma bijeenkomst 1 JGZ**

Blok 1: 45 minuten

Welkom / uitleg over de training / kennismakingsrondje

Nulmeting

Uitdelen materiaal (Syllabus voor trainers, syllabus voor JGZ en boek)

Begrippen uit de hechtingstheorie (syllabus)

Video ouder- kind contact JGZ

Blok 2: 1 uur en 5 minuten

Aandachtspuntenlijst: kijken vanuit hechtingsperspectief (syllabus)

Video ouder-kind contact JGZ bekijken adhv de aandachtspuntenlijst (syllabus)

Pauze 10 minuten

Blok 3: 1 uur en 10 minuten

Risicofactoren vanuit ouders, omgeving en kind

Video ouder – kind contact Kinderleven

Mentaliseren

Opdracht / oefening / huiswerk voor de tweede bijeenkomst

Afspraken over coaching on the job (soms is de training in 2 fases en komt coaching on the job later)

Afsluiting / vragen inventariseren

**Programma bijeenkomst 2 JGZ**

Blok 1: 45 minuten

Vragen n.a.v. vorige bijeenkomst

Bespreken opdracht op werk

Theorie: Visie op het kind; Visie op het gezin als triade; Visie op ontwikkeling van kinderen

Blok 2: 1 uur en 5 minuten

Ontwikkelingsanamnese vanuit hechtingsperspectief met accent op: conceptie, zwangerschap, geboorte. Adoptiefase.

Powerpoint

Pauze 10 minuten

Blok 3: 1 uur en 10 minuten

Oefenen: de aandachtspuntenlijst

Vaardigheden: mentaliseren

Casus Anthony

Afspraken over coaching on the job (soms is de training in 2 fases en komt coaching on the job later)

Afspraken over huiswerk

Afsluiting / vragen inventariseren

**Programma bijeenkomst 3 JGZ**

Blok 1: 45 minuten

Vragen n.a.v. vorige bijeenkomst

Bespreken opdracht op werk

Powerpoint

Blok 2: 1 uur en 5 minuten

Signaleren en benoemen

Interveniëren (één-gespreksmodel)

Verwijzen

Pauze 10 minuten

Blok 3: 1 uur en 10 minuten

Interveniëren (één-gespreksmodel)

Verwijzen

Afspraken over coaching on the job (soms is de training in 2 fases en komt coaching on the job later)

Afspraken over huyiswerk

Afsluiting / vragen inventariseren

**Programma bijeenkomst 4 JGZ**

Blok 1: 45 minuten

Vragen n.a.v. vorige bijeenkomst

Stilstaan bij de laatste trainingsbijeenkomst – hoe verder?

Leren interveniëren met taal, ook bij bijzondere thema’s zoals: angstige ouders, gering perspectief op (gezond) leven.

Blok 2: 45 minuten

Overzicht van het geleerde in de training – belangrijke anamnese punten

Geschiedenis en hechting

Vaardigheden van ouders

Hechting en ontwikkeling

Risicofactoren

Gespreksvoering

Pauze 10minuten

Blok 3: 1 uur

Gedrag van kinderen bij onveilige hechting

- Hechten en huilen (dvd)

- Hechten en slaapproblemen (casus)

Casus uit de praktijk

Format verwijzen: aandachtspuntenlijst baby’s

11.10-11.40: Evaluatie en Toetsing

Invullen eindmeting

# Bijeenkomst 1

## 3.1 Wat gaan we doen

**Doel:**

De deelnemer verwerft kennis over de belangrijkste begrippen uit de hechtingstheorieën. De deelnemer krijgt aandachtspunten aangereikt om in het werk hechtingsrelaties van ouders met hun kind te kunnen beoordelen.

**Onderwerpen:**

Een overzicht van de belangrijkste begrippen die het spreken over de hechtingsrelatie mogelijk maken:

• hechting,

• weefwerk,

• veilige en onveilige hechting en de gevolgen daarvan voor het kind,

• window of tolerance

• adoptieproces (tussen ouders en kind),

• beschikbaarheid,

• invoegen,

• afstemmen,

• mentaliseren,

• sensibiliseren.

**Huiswerk:**

Het is de bedoeling dat we tot de volgende bijeenkomst tijdens de consulten met hechtingsogen gaan kijken. Het zou interessant zijn als je daarbij je onderbuikgevoel meeneemt als extra maat. Dus als je nu denkt dit voelt niet goed, kun je daar wellicht even bij stilstaan en dan kijken waardoor dat gevoel veroorzaakt wordt.

We gaan bewust mentaliseren de komende tijd. Als je zelf meer praat kun je kijken of ouders hier op gaan reageren. Je start al direct het welkom heten van de baby en het noemen van zijn/haar naam en vervolgens heet je de ouders van dit kind welkom. Tussendoor benoem je naar het kind wat er besproken wordt en wat er gaat gebeuren (bijvoorbeeld een inenting) en kijk je hoe het kind reageert. Ook dat kun je weer benoemen. Bij de afsluiting van het gesprek zeg je het kind expliciet gedag.

**Lezen:**   
Eerste hulp bij hechting blz 1 t/m 66

## 3.2 Achtergrondinformatie bijeenkomst 1

**Het werken vanuit hechting**

Het werken vanuit hechting betekent het leren kijken met nieuwe ogen. Daar waar vele van jullie wellicht al langere tijd voelden dat er iets scheef zat in het contact tussen ouder(s) en een kind komt er nu taal. Er komen woorden voor wat de basis is van een goede band en woorden als het mis zit. Taal voor jezelf als hulpverlener en onderling als hulpverleners en ook taal naar de ouders. Wellicht komt er op termijn ook dossiervorming.

De relatie is als een weefwerk. Als het een regelmatig weefwerk is, kan dit toch totaal verstoord worden doordat er één steek valt. Deze steek kruipt dieper en dieper omlaag en het wordt dan heel moeilijk om het weefwerk nog te redden. Zo is het ook met hechting. Zit er iets niet goed, b.v. de klem van ouders op het kind is te strak, dan wordt het geen mooi weefwerk. Misschien is het een regelmatig weefwerk maar is de moeder vaak afwezig. Dan krijg je wellicht toch gaten.

Je draagt de resten van je familie in je. Als er zaken in de familie spelen, spelen die vaak door in de ouder, in het kind, in het gezin. Toch zegt dat niet automatisch iets over de hechting.

De ouder-kind relatie

De onvoorwaardelijke band, die er gewoon is tussen een ouder en een kind, ook als er geen contact is, kan gedijen als er aan een aantal randvoorwaarden is voldaan waardoor er een veilige hechting kan ontstaan.

Onderstaande begrippen vormen de kern en deze komen steeds terug in deze training:

• **Beschikbaarheid:** is er tijd en aandacht. Motherhoodconstellation maakt dat er een

vorm van beschikbaarheid ontstaat waarin men het kind zo goed leert kennen dat er

responsiviteit (kennen, begrijpen, passend leren reageren) en daarmee afstemming

kan ontstaan.

• **Continuïteit:** zijn dezelfde - klein aantal - hechtingsfiguren regelmatig aanwezig,

zeker tot 1 jaar.

• **Adoptie:** onvoorwaardelijke ja zeggen tegen je kind nadat het geboren is en als het

goed is wordt dit bevestigd na een ja tegen de conceptie en een ja in de zwangerschap.

De adoptie gebeurt meestal in de eerst 8 weken na de geboorte.

• **Sensitiviteit:** de gevoeligheid voor de baby, de moeder/vader snapt deze baby.

Uiteraard kun je ook te sensitief zijn.

• **Responsiviteit:** in staat tot een passende reactie, afgestemd op behoefte (aard,

leeftijd en gewoonten) van de baby/het kind.

• **Afstemming:** de vader/moeder reageert passend op het temperament, de situatie

en de stemming van het kind en geeft adequaat antwoorden.

## 3.3 Achtergrondinformatie bijeenkomst 1

Artikel Helpen hechten (verschenen in VROEG, oktober 2016)

De relatie tussen ouders en kind is de cliënt bij hechtingsproblemen.

Wat betekent dit voor de grondhouding en de vaardigheden van de therapeut?

Voor professionals die ouders en kinderen helpen bij het hechtingsproces is er (nog) geen eigen afstudeerrichting. De beroepskwalificatie ‘hechtingstherapeut’ is niet officieel. Hulpverleners die zich vooral of uitsluitend bekwaamd hebben in het geven van therapieën met hechting als focus, kunnen zich daardoor niet onderscheiden van andere beroepsgroepen zoals psychologen, pedagogen of psychiaters.

De hechtingstherapeut onderscheidt zich echter op een aantal punten van bovengenoemde beroepsbeoefenaars. Helpen hechten betekent dat de therapeut niet primair gericht is op het bewerkstelligen van gedragsverandering bij de ouders (bijvoorbeeld: een andere aanpak in de opvoeding) of bij het kind (bijvoorbeeld: minder huilen, beter slapen).

Klachten, en daarmee gedrag van baby’s en peuters, worden binnen de hechtingstherapie niet in de eerste plaats gezien als eigenheden die horen bij dit kind in zijn of haar ontwikkeling. Het jonge kind is een diffuus wezen met een diffuse zelfbeleving. De wisselwerking met de omgeving is groot. Het ademt de sfeer van de ouders totaal in. De lading van hun ruzies, de kilte van hun wrok of de zachtheid van hun dankbaarheid. De mens is dus vanaf het begin een human inter-being.

De klachten van het jonge kind kunnen opgevat worden als communicatiemiddelen, waarmee het tot uitdrukking brengt hoe het gedijt of niet gedijt. Omdat het jonge kind nog niet met woorden betekenis verleent aan hetgeen het beleeft en ervaart, communiceert het met het lichaam, met alle functies waarmee het zich kan uitdrukken: (niet) slapen, (niet) eten, (niet) bewegen, (niet) huilen.

Als het kind niet gedijt, doen de ouders dat meestal ook niet. Ouders voelen zich tekort schieten, voelen zich niet voldoende uitgerust voor het ouderschap, zijn bozig of machteloos. Het is dus niet alleen het kind dat lijdt: ook de ouders zijn ongelukkig.

Fraiberg (1975) merkte al in de zeventiger jaren van de vorige eeuw op dat de klachten van kind en ouders zo in elkaar overvloeien en elkaar beïnvloeden, dat de cliënt in therapie vooral de relatie tussen hen moet zijn.

Maar wat betekent dit uitgangspunt voor de therapeut? En voor de therapie?

Welke grondhouding van de therapeut hoort daar dan bij? Welke consequenties heeft dit voor het beroepsmatig handelen?

Doel en focus van de hechtingstherapeut wordt het verbeteren - beter maken - van de kwaliteit van de relatie. Deze relatie zou meer liefde mogen genereren, veiliger mogen worden, meer aandacht voor elkaar met zich mee mogen brengen. Blokkades die in de weg staan om elkaar ‘echt’ te zien mogen verlicht en opgeruimd worden. Opdat zowel ouders als kind zich gelukkiger voelen met elkaar.

Hechting is een zaak van het hart. Een band met een ander mens creëren, zoals tussen ouders en hun kind, hangt samen met woorden als ‘ja’, ‘onvoorwaardelijk’ , ‘liefde’, ‘proces’, ‘gevoelens’. Het is daarom belangrijk dat de hechtingstherapeut deze taal - de taal van het hart - leert spreken.

Hechting is geen zaak van het ‘hoofd’. Rationeel weet iedere ouder dat het onvoorwaardelijk van haar of zijn kind moet houden. Maar soms wil het hart niet volgen. Een moeilijke zwangerschap of geboorte, partnerproblemen of een nare kindertijd van de ouders kunnen blokkerend werken op de liefdesstroom, die daardoor niet op gang komt.

Taal van het ‘hoofd’ hangt samen met woorden als: diagnose, advies, oorzaak en gevolg, individualiseren, splitsen….

Wanneer de hechtingstherapeut vooral met hoofdwoorden spreekt, zullen ouders (en kind) zich waarschijnlijk onvoldoende gehoord of geholpen voelen. Want adviezen komen niet aan als de ouders nog geen ‘ja’ voelen bij hun kind.

Een hechtingstherapeut heeft dus een specifieke cliënt: de relatie. En het is daarbij belangrijk taal van het hart te spreken. Dit brengt voor de hechtingstherapeut heel specifiek taalgebruik met zich mee: verbindingstaal. Als een klacht van een kind samenhangt met een onveilige verbinding met de ouders, mag dit in taal tot uitdrukking gebracht worden. Stel het kind heeft een groot in- of doorslaapprobleem. Als we dat betekenis geven vanuit de ouder-kindrelatie kan de hechtingstherapeut bijvoorbeeld zeggen: “Waarover blijft uw kind volgens u waken?” of “ Jullie zijn dus samen steeds wakker in de nacht”.

Daarnaast is een specifieke grondhouding van belang (Winnicott (1958): “Wanneer ik mijn werk uitoefen, streef ik ernaar om actief te blijven, alert te blijven. Ik streef ernaar mezelf te zijn en me correct te gedragen.”

Winnicott maakt met deze zin duidelijk dat de therapeut zelf het therapeutisch middel is. Dat zelfreflexie voor de therapeut daarbij van groot belang is, zal duidelijk zijn.

Voor een veilige hechting tussen ouder en kind zijn vaardigheden van ouders van belang. Zoals: sensitief en responsief kunnen zijn, kunnen afstemmen, kunnen mentaliseren, de eigen emoties kunnen reguleren. Dit zijn tevens vaardigheden waar de hechtingstherapeut volop over moet kunnen beschikken. Als de ouders om welke reden dan ook hun jonge kind onvoldoende kunnen beschermen tegen zijn heftige emoties (wat bij hechtingsproblemen vaak het geval is), als zij het kind onvoldoende kunnen ‘lezen’, kan de therapeut degene zijn die de ouders bescherming biedt tegen hun sterke emoties, hun onmacht. Als er onvoldoende positiviteit, onvoldoende liefde stroomt tussen ouders en hun jonge kind, is de hechtingstherapeut belangrijk om deze positiviteit, deze liefde in de sessies te genereren, opdat de liefde daardoor aangeblazen wordt tussen ouders en kind. De manier waarop de hechtingstherapeut dit bewerkstelligt, vraagt om goede interventiemethodes. Door vele therapeuten in het buitenland zijn methodieken beschreven, maar in Nederland heeft Marja Rexwinkel daarin haar sporen verdiend. Stichting Kinderleven heeft twee interventiemethoden beschreven: het ééngespreksmodel en het vijfstappenmodel.

Aandacht voor een specialisatie tot hechtingstherapeut zou in mijn ogen wenselijk zijn. Binnen de bestaande IMH-opleidingen is daar gelukkig volop ruimte voor, maar hechtingsproblemen komen ook tot uiting op latere leeftijd. Binnen de relatie- en gezinstherapie-opleidingen zou het daarom een specialisatie kunnen zijn. Het leren spreken van ‘verbindingstaal’ is in mijn ogen daarbij een belangrijke essentie.

## 3.4 Achtergrondinformatie Bijeenkomst 1

## Werken aan een hechte band (Envida content 4, 2015)

Een zeer moeilijk verlopen zwangerschap of (vroeg)geboorte. Een kind dat ter wereld komt met gezondheidsproblemen of een cognitieve achterstand.

Maar ook: een moeizame partnerrelatie of pijnlijke echo’s uit het vroegere gezin van een

of beide ouders die nog steeds scherp doorklinken.   
  
Het zijn enkele voorbeelden van factoren die een hechte band tussen ouders en (het jonge) kind in de weg staan. Stichting Kinderleven in Maastricht is een behandelcentrum voor ouders en kinderen en tegelijkertijd een kennis-centrum voor hulpverleners in de

jeugdhulpverlening en jeugdgezondheidszorg. Het doel van de stichting: de eventueel onevenwichtige band tussen ouders en kind in een vroeg stadium herstellen om grotere problemen in de toekomst te voorkomen. Slechte schoolprestaties, een verstoorde

emotieregulatie en sociale of zelfs psychiatrische stoornissen bij kinderen kunnen daar deel van uitmaken.

Plus rest artikel

## 3.5 Casuïstiek bijeenkomst 1

Oefening: In twee-tallen neemt men een casus in gedachte waarbij sprake zou kunnen zijn van een verstoorde ouder-kind band/onveilige hechting.

**Casus 1:**

Een jong gezin, baby van 8 weken, de papa is heel betrokken, de moeder hangt er maar wat bij. Er is geen interactie tussen moeder en kind. Het was een ongeplande zwangerschap.

Algemene reactie: soms voel je ‘hier heeft een kind een kind gekregen’. Vaak neemt dan opa en/of oma de moeder/vader plek in. Het kind hecht zich dan ook aan de oma en opa. Er vindt dan geen adoptie door de ouder(s) plaats. Dit hoeft niet onoverkomelijk te zijn als het bespreekbaar wordt

gemaakt en blijft. De ouder moet zijn plek daadwerkelijk afstaan en ook niet na x aantal jaren opeens die plek weer terugeisen. Dat is schadelijk want de oma en opa zijn de eerste hechtingsfiguren. Als zij dan opeens een hele andere rol moeten krijgen of uit beeld verdwijnen, ontstaat er een groot verlies voor het kind en zal het hechten aan de moeder/vader bijna onmogelijk worden.

We kennen allemaal de overduidelijke situaties waar problemen zijn: premature baby’s, alleenstaande moeders, borderline, de ouders die alleen maar bezig zijn met overleven. Al je dit leert beschouwen vanuit hechtingsperspectief, dan krijg je uiteindelijk ook meer oog voor de veel subtielere signalen.

Er wordt bij dergelijke hechtingsproblemen vaak te gemakkelijk aangenomen dat er wel passende hulp is ingezet, omdat er soms al heel veel instanties zijn betrokken. Toch is dat heel vaak niet zo, dan is er wellicht wel psychiatrische hulp voor de moeder, maar daarin is dan geen aansluiting richting gezin.

Invloedrijke omgevingsfactoren zijn soms zo sterk dat er gewoon geen ruimte is voor het kind. Vooral als zo’n kind reageert met extreem gemakkelijk gedrag blijft het kind geheel onzichtbaar. Soms er is dan een vervangende ouder, bijvoorbeeld een oudere zus. Soms zoeken kinderen zelf steun en een hechtingsfiguur buiten het gezin. Dat kan een belangrijke schakel worden in het ervaring opdoen met veilige hechting en opbouwen van veilige hechtingspatronen voor het kind.

**Casus 2:**

In een ander gezin zijn zowel de moeder als het kind geadopteerd. Na 1 jaar zet het kind zich af tegen de moeder. Het vertoont hamstergedrag. Het kind blijkt enorm veel structuur nodig te hebben en de moeder kan dat moeilijk geven. Er bleek oppas te zijn die zaken heel anders aanpakte van de ouders. Nu zijn er vaste mensen die consequente patronen hanteren. Dat doet het kind goed. In algemene zin kun je zeggen dat als er problemen zijn met eten tussen de moeder en het kind dit te maken kan hebben met het stagneren van de liefdesstroom. Als het eten niet goed loopt is er vaak iets tussen de moeder en het kind. Je ziet hierbij ook veel herhaling van patronen uit de eigen kindertijd.

Uit onderzoek blijkt dat als het in generatie 1 niet goed ging, en vervolgens in 2 ook niet, in 3 zich dit gaat uiten in psychiatrische problemen.

# Bijeenkomst 2

## 4.1 Wat gaan we doen

**Doel:**

De deelnemer krijgt inzicht in de ontwikkeling van het kind in de eerste maanden en de rol van hechting daarbij.

De deelnemer krijgt een visie op:

• Wie is toch dit kind, wie zijn deze ouders.

• De ontwikkelingsanamnese vanuit hechtings-perspectief.

• Ouderschapsontwikkeling en hechting.

• Mentaliseren opnieuw, waarachtig spreken.

**Onderwerpen:**

De deelnemer krijgt inzicht in de volgende onderwerpen:

• Wat gebeurt er met de moeder, de vader en het kind vanaf de conceptie tot enkele weken

na de geboorte.

• Wat maken ze mee rondom zwangerschap en geboorte.

• Wat zijn de voetangels en klemmen bij het proces van dyade (partners) naar triade (ouders

en kind).

• Wat zijn vanuit hechting gezien de gevolgen (positief en negatief) van geboorteproblemen,

problemen rond spenen, zindelijkheid en sekse-identiteit.

• Vanuit verschillende theoretische invalshoeken wordt het fenomeen kind nader bekeken.

• De relatie tussen ouder en kind is de focus van aandacht: wat is de invloed van de taal van de hulp-verlener op de ouder-kind relatie.

• De klachten van ouders leren zien als sleutel voor het signaleren van hechtingsproblemen tussen ouders en kind; en als sleutel voor het op gang brengen van de hechting.

• Leren onderkennen risicofactoren.

Huiswerk:

• Literatuur bestuderen Eerste hulp bij hechting blz. 67 t/m blz.105

• Kijken en oefenen in de praktijk.

• Artikelen lezen: zie lijst aanbevolen artikelen

• Bewust mentaliseren met het accent op het benoemen van het gevoel van de ouders (bijvoorbeeld bij een inenting) en kijken hoe de ouders reageren. Ook dat kun je weer benoemen.

## 4.2 Achtergrondinformatie bijeenkomst 2

**Artikel Paulien Kuipers: Risicofactoren signaleren en benoemen**

Vele onderzoekers hebben getracht de risicofactoren voor mogelijke psychosociale problemen én beschermende factoren in kaart te brengen. Bijvoorbeeld Bakker (Balansmodel, 2000) of het model van Verdult (1999). Het is gebruikelijk dat kindfactoren, ouderfactoren en omgevings- of familie/

gezinsfactoren, zowel voor wat betreft de risico’s als voor de bescherming apart besproken worden en in lijstjes verzameld. De raadpleger van dergelijke lijsten komt voor grote interpretatieproblemen te staan. Wegen alle genoemde factoren even zwaar bijvoorbeeld?

Zijn ouderfactoren essentiëler dan kindfactoren voor wat betreft een risicoafweging?

Weegt één beschermende factor al voldoende op tegen meerdere risicofactoren?

Kortom: de lijsten geven nog geen handvatten om een goede afweging te maken in een specifieke casus.

Wanneer we een goede inschatting willen maken van de hechtingsrelatie tussen ouders en kind, is het in ieder geval van groot belang om daadwerkelijk de interactie te observeren. De aandachts-

puntenlijst is een goed hulpmiddel om deze interactie (tussen ouders en baby’s) in beeld

te brengen. Maar dan nóg is het interpreteren ervan moeilijk, net als bij alle andere lijsten.

Daarom hier enkele aandachtsstreepjes om meer helderheid te brengen:

Bovenaan, met stip, als allerbelangrijkste aandachtspunt bij het inschatten van een hechtings-

probleem is de comfortzone van de ouders! Is deze smal door kort lontje, depressiviteit , perfectiedrang, hoogopgeschroefde verwachtingen aangaande babygedrag, overbelasting of door andere oorzaken, dan zullen deze ouders onvoldoende ruimte hebben om de normale ‘smalle’ comfortzone van het kind te kunnen containen. Ze worden huilerig van het huilen van hun kind, ze worden boos als het kind hysterisch huilt, of ze trekken zich terug in zichzelf en laten het kind in de kou met heftige emoties.

Ouders die negatief spreken over hun kind: (“Hij doet zo raar. Hij ziet er zo vreemd uit.”)

Ouders die overbezorgd zijn over hun kind, de gezondheid etc. (“Ik kan haar/hem niet lezen.”)

Ouders die terugblikken op een vreselijke bevalling / zwangerschap. Zij hebben vaak moeite om een goed positief begin te vinden met hun kind.

Kinderen die zich terugtrekken, stil houden, minder of niet lachen, sterke allergische reacties

vertonen, overmatig blijven huilen. Deze kinderen doen meer dan normaal een appél op een brede comfortzone van de ouders. Bovendien is dit gedrag mogelijk een gevolg van veel mismatches in de communicatie van het kind met de ouder(s) en is dus op te vatten als een signaal voor een hechtingsprobleem.

4.3 Achtergrondinformatie bijeenkomst 2

[**Geef hoop aan het (vroeg) geboren kind in het ziekenhuis"**](http://files.stichtingkinderleven.nl/200000238-35789376c7/Geef%20hoop.pdf) Magazine V&VN Kinderverpleegkunde  april 2016  
Drs. Paulien Kuipers

Op de afdelingen kinderverpleegkunde, verloskunde en neonatologie staat het medisch handelen voorop. En terecht. Zeker bij bijvoorbeeld een vroeggeboorte betreft het vaak een handelen op het scherpst van de snede: het gaat om leven en dood. Maar een (vroeg)geboorte met daaraan gekoppeld een ziekenhuisopname voor moeder en/of kind is ook op emotioneel vlak een risicovolle situatie. Ouders en kind kunnen elkaar kwijtraken door de scheiding na een plotselinge ingezette bevalling, door een ernstige ziekte of door heftige en angstige gebeurtenissen. Een belangrijke taak voor verpleegkundigen om een dreigende onveilige hechting positief te beïnvloeden.

Liefdevolle koestering

Artsen en verpleegkundigen zetten zich maximaal in voor de gezondheid van moeder en kind. Het is daarnaast zeer belangrijk dat zij aandacht besteden aan de relatievorming tussen ouders en kind. Op de meeste afdelingen voor verloskunde en neonatologie is er gelukkig een actief programma voor dichtbij-contact. Want positieve betrokkenheid van de ouders op hun kind is een grote bemoediging voor het kind om in leven te blijven: de baby ontleent hoop aan de liefde van zijn ouders. En die ‘hoop’ zorgt ervoor dat het kind zich veilig voelt en verder ontwikkelt.

Uit onderzoek blijkt dat onveilig gehechte kinderen bij het opgroeien veelvuldig klachten ontwikkelen zoals gedragsproblemen of psychische problemen, waaronder depressies.

Wanneer we de conceptie zien als de start van het menselijk leven en de zwangerschap als de eerste periode van het opbouwen van een band tussen ouders en kind, dan kan een te vroeg ingezette bevalling, een moeilijk verlopende keizersnede, een opname van een kind op neonatologie, gezien worden als een onderbreking van deze relatieopbouw. De moeder herkent soms haar kind niet meer. Geen blije en vitale baby die ze misschien verwachtte, maar een mensje dat grotere gezondheidsrisico’s loopt. Praat daarom met ouders niet alleen in medische termen over het kind, maar heb ook oog voor de pijn van ouders en de ontwikkeling van hun rol als ouders. Ouders zijn terecht bang om het kind te verliezen en het wordt voor hen moeilijk om zich onvoorwaardelijk aan hun kind te hechten. Door met de ouders en tegen het kind te praten : “Wat gaat het goed vandaag, wat heb je al veel gedronken, je hebt heerlijk geslapen,” geef je ouders het gevoel dat hun nieuwe baby meer is dan een medisch probleem. Vaak moeten ze de regie over het welzijn van hun kind uit handen geven en kunnen ze deze in een later stadium, als het kind mee naar huis mag, maar moeilijk oppakken. Gevoelens van machteloosheid en opvoedingsproblemen liggen dan op de loer. Ouders en kind zijn met andere woorden samen prematuur.

Voor de verpleegkundige betekent dit dat ze ouders zo veel mogelijk moet betrekken bij (medische) beslissingen en uitleggen waarom bepaalde handelingen noodzakelijk zijn. Ook is het belangrijk dat de verpleegkundige ouders uitlegt wat het kind hoort, ziet, voelt en beleeft. Dit is op elk ontwikkelingsstadium en per kind verschillend. Ouders kunnen dan beter anticiperen op het kind en de zorg. Zo kunnen ouders en verpleegkundige meer een team vormen en kunnen ouders groeien in hun ouderschap.

De eerste periode na de geboorte is cruciaal voor een zich gezond ontwikkelende ouder-kind relatie. In deze eerste dagen en weken ‘ adopteren’ de meeste ouders het pasgeboren kind als hún kind. Maar problemen rond zwangerschap en bevalling, een vroeggeboorte of een scheiding van moeder en kind direct na de geboorte, kunnen deze natuurlijke adoptie in de weg staan. De moeizame adoptie kan ook ontstaan door een voor de moeder traumatisch verlopen geboorte. Als een verpleegkundige weet dat de bevalling veel problemen heeft gegeven moet ze extra oplettend zijn. Het is belangrijk een verstoorde adoptie vroeg te onderkennen, zodat haar band met de baby er niet onder gaat lijden:

Tessa (3) is met de vacuümtang op de wereld gekomen nadat de moeder al 36 uur weeën had. De artsen vermoedden dat de baby het erg benauwd heeft gehad. Na Tessa’s geboorte was de moeder volkomen uitgeput. Ze had er geen behoefte aan om haar dochtertje in de armen te houden. Nu, achteraf, ziet ze nog steeds het beeld voor zich van het kleine hoofdje met het mutsje en ziet ze de - naar haar kijkende - oogjes. Het kindje wordt door de verpleegster weggedragen. Als dit beeld in haar herinnering komt worden haar armen lam. Als Tessa zich nu van haar verwijdert voelt ze dezelfde verlamming in de armen. Sinds kort denkt ze vaak: “Ik ben een slechte moeder.”

Wanneer er snel hulp voor moeder en Tessa was gekomen en bijvoorbeeld verpleegkundigen gesignaleerd zouden hebben dat deze moeder een PTSS (posttraumatische stress stoornis) ontwikkelde, zou de band tussen moeder en kind zich veiliger en blijer hebben kunnen ontwikkelen. Aan de hand van een signaleringslijst kunnen verpleegkundigen leren om op een zo vroeg mogelijk tijdstip onveilige hechting te onderkennen. Daarna kunnen ze, samen met de ouder(s) hulp inroepen of als ze zelf een opleiding gevolgd hebben middels één gesprek de band weer herstellen.

Het is voor professionals op ziekenhuisafdelingen waar pasgeboren baby’s liggen zo belangrijk om alert te zijn op een stagnerende ouder-kind band en deze band tijdens het werk positief te helpen versterken. Zorg dat alles in het werk wordt gesteld dat de moeder en vader het kind kunnen vasthouden, koesteren , praten en zorg ervoor dat de moeder in haar comfortzone blijft. Een tevreden en rustige moeder kan meer aandacht aan haar baby geven waardoor die meer in zijn of haar comfortzone komt, ondanks alle pijn, buisjes en apparaten. Stress bij de moeder veroorzaak (nog meer) stress bij de pasgeborene die vecht voor het leven.

Hulp bieden bij het herstel van de ouder-kind band betekent vooral de oúders ondersteunen, bemoedigen en hen steeds opnieuw helpen om in te zien hoezeer hun aanwezigheid en positieve betrokkenheid op de baby van levensbelang is voor hun kind. Maar hoe doe je dat?

**4.4 Mindmap risicofactoren bijeenkomst 2**

## 

# 4.5 Casuïstiek bijeenkomst 2

**Casus Muriëlle:**

Muriëlle (11 maanden) is verwezen door de jeugdarts en komt samen met haar moeder op het spreekuur. Muriëlle is een heel klein tenger meisje dat zeer helder uit haar ogen kijkt. Ze heeft een eetprobleem: ze weigert vrijwel alle voedsel. Daarvoor is ze al een keer een week opgenomen in het plaatselijke ziekenhuis, waar ze middels sondevoeding weer op gewicht is gebracht. Na een goed verlopen geboorte heeft moeder dit tweede kindje acht weken borstvoeding gegeven. De relatie tussen moeder en kind ontwikkelde zich goed, moeder vertelt dat ze zich zeer gelukkig voelde met dit mooie meisje. Na acht weken borstvoeding te hebben gegeven heeft moeder in overleg met vader, die de zorg van moeder over zou nemen als moeder weer naar haar werk zou gaan, besloten om borstvoeding te blijven geven. Overdag kon de vader Muriëlle via de fles de voeding aanbieden en moeder kon zelf voeden in de ochtend- en avonduren. Maar vanaf het moment dat moeder ging werken weigerde Muriëlle de fles. Dit had tot gevolg dat moeder in de haar toegestane pauzemomenten snel naar huis fietste en een baby aanlegde die soms al een uur had liggen huilen en zich bij de eerste slokken borstvoeding getroost voelde. Muriëlle viel tijdens het voeden meteen doodmoe in een diepe slaap, waardoor ze onvoldoende voeding binnenkreeg. Moeder vertrok daarna onverrichter zake weer naar haar werk om vervolgens drie uur later een herhaling van het voorgaande mee te maken. Het is in deze periode geweest dat moeder erg gefixeerd raakte op de hoeveelheid voeding die Muriëlle wel of niet binnenkreeg: ze ging Muriëlle voor en na iedere voeding wegen, en moeder kon aan niets anders meer denken dan aan het voeden van haar kind. Ze was opgehouden om tegen Muriëlle te spreken en de lol verdween uit hun relatie. Moeder voelde zich machteloos, werd daardoor boos op Muriëlle en kon het niet meer opbrengen te spelen met haar of andere leuke dingen met haar te ondernemen. En moeder werd ook bang: bang Muriëlle niet in leven te kunnen houden en haar uiteindelijk te verliezen. Vader was wat meer ontspannen over de situatie en bezigde het standpunt: als ze honger heeft gaat ze vanzelf wel eten.

Na de ziekenhuisopname - Muriëlle was toen vijf maanden oud - heeft moeder de borstvoeding afgebouwd in overleg met de behandelend arts. Vanaf die tijd is Muriëlle mondjesmaat gaan eten, steeds voldoende om energie te hebben, maar steeds te weinig om goed te groeien.

**Casus Danny:**

De vierjarige Danny komt met een verongelijkt gezicht samen met zijn ouders de spreekkamer binnen. Hij loopt voorop, verkent direct de kamer en gaat op een van de drie grotere stoelen zitten. De ouders roepen hem aanvankelijk terug, maar Danny luistert niet. Aan de hechtings-therapeut besteedt hij geen aandacht, ook al richt deze met een begroeting het woord tot hem. De ouders lachen verontschuldigend, stellen zichzelf aan de hechtingstherapeut voor en zeggen erbij: “Dit doet onze Danny nu altijd.”

Omdat Danny op een van de stoelen voor de volwassenen is gaan zitten, neemt de vader plaats op het kleinere stoeltje.

**Casus Anthony:**

In het werk van de Raad voor de Kinderbescherming, en met name bij uithuisplaatsingen, geldt zeker dat kinderen voorgelicht moeten worden over hun toekomst. Wanneer de

scheiding tussen kind en ouders met taal begeleid wordt, kan het kind zich beter afstemmen op zijn nieuwe leefomgeving.

Door dit alles te bespreken met het kind in het bijzijn van de biologische ouders, kunnen de ouders zich bewust worden van de belangen en verlangens van hun kind. Dat kan hen helpen bij de verwerking van het feit dat hun kind niet bij hen zal opgroeien. Het volgende voorbeeld verduidelijkt dit:

“Ik huil omdat mijn moeder huilt”

Via mijn werk bij de Raad voor de Kinderbescherming kom ik in aanraking met het volgende gezin. Moeder is zwakbegaafd en heeft al twee kinderen, die uit huis zijn geplaatst. Op het

moment dat ik met het gezin in contact kom, is het derde kindje vier maanden oud. Via de huisarts is de Kinderbescherming met dit gezin in contact gebracht. De huisarts maakt zich ernstig zorgen over de gezondheid van de baby: de moeder voedt het kind onregelmatig en er is sprake van een zeer onhygiënische toestand in de woning. Als ik samen met de maatschappelijk werkster op bezoek ga bij het gezin, tref ik in de woning een grote chaos aan.

Op het aanrecht staan huizenhoog de vieze borden en kopjes opgetast. Overal liggen etensresten, staan volle asbakken, uitpuilende vuilnisemmers en prullenmanden met vieze

luiers erin. Op een kleedje in de kamer ligt de baby apathisch voor zich uit te kijken. Hij verspreidt een onwelriekende geur en het is overduidelijk dat hij al enkele dagen niet is

verschoond. Als we praten met zijn moeder glanzen haar ogen: “Dit is mijn lievelingskind,” zegt ze.

Op de vraag hoe het voor haar is om haar baby te verzorgen, is ze even stil. “Het is moeilijk, maar ik kan het nu beter dan met de twee anderen, eigenlijk gaat het nu wel goed. Kijk,” zegt ze en ze wijst naar de kinderwagen. “Hiermee ga ik elke dag wandelen. Ze hebben me gezegd dat hij frisse lucht nodig heeft.”

Als we de woning verlaten zijn we allebei beduusd. Dit kind wordt hier niet goed verzorgd en kan hier niet blijven, dat is duidelijk. Het kind wordt onregelmatig gevoed en krijgt soms

opgewarmde melk van tien dagen oud. Het kind is bleek, heeft al weken diarree, terwijl zijn luiers niet vaak genoeg worden verschoond. De verzorging van dit kind zal in andere handen moeten komen. Tegelijkertijd zijn we ons ervan bewust dat deze moeder zielsveel om haar kindje geeft.

Als er na een week een passend pleeggezin is gevonden, vertellen we de ouders dat wij het kindje gaan brengen naar dit pleeggezin en dat de moeder haar kind regelmatig kan

bezoeken. Het lijkt ons noodzakelijk om niet te lang met de overdracht van dit kind naar het andere gezin te wachten, omdat het kind in een deplorabele conditie is en we spreken af dat we het kind de volgende dag komen ophalen.

De dag erop treffen we de moeder aan in een enorme toestand van paniek. Ze huilt en klimt letterlijk in de gordijnen, roepend dat we weg moeten gaan en dat we haar baby niet mee kunnen nemen. Ze roept: “Hij is alles wat ik heb.”

In de hoek van de kamer ligt het kleine kindje te schreeuwen, zo doordringend als hij maar kan met zijn geringe kracht. Hoe harder de moeder schreeuwt, hoe indringender het kindje

huilt. Het is voor de maatschappelijk werkster onmogelijk het kindje aan te raken: het schopt en draait alle kanten op en is net als de moeder: totaal overstuur.

Wat zal er gebeuren als dit kind nu zondermeer met de ‘sterke arm’ uit huis gehaald wordt?

Hoe kan deze moeder verder leven als er geen taal en betekenis aan de situatie gegeven wordt?

Hoe kan het kind verder, in welk pleegezin dan ook?

Hoe kan het kind zich ooit aan iemand anders hechten?

Welke processen van aantrekken en afstoten blijven zich herhalen in zijn leven door de verschillende periodes met pleegouders en hulpverleners heen?

In deze erbarmelijke situatie is het voor mij duidelijk dat er taal moet komen die betekenis verleent aan wat er op dat moment gebeurt: een betekenis waarmee tegelijkertijd de

mogelijkheid voor het opbouwen van een band met pleegouders voor dit kind in de toekomst meegenomen kan worden. Een betekenis die aan het huilen van de moeder een positieve kleur kan geven. We besluiten het kind heel duidelijk toe te spreken terwijl de moeder luistert. Heel

bijzonder is het dat zowel moeder als kind stil worden tijdens het praten: een soort stilte die ik vaker gewaar word, als op cruciale momenten de juiste woorden worden gesproken.

We zeggen tegen de baby: “Jij huilt hard en erbarmelijk. Jij voelt dat jouw mama in paniek is en wil dat wij weggaan, zodat je bij je mama kan blijven. Maar wij zijn van de rechtelijke macht.

En wij hebben gezien dat jij onvoldoende eten krijgt. Dat weet jij zelf ook. Wij hebben gezien dat je luiers vies zijn. En we merken dat je niet lekker ruikt. We hebben gezien dat je huilt om schoon te kunnen worden en dat je huilt omdat je voedsel wilt hebben, goed voedsel waarvan je kunt groeien en als je het krijgt, waarvan je kunt slapen. We hebben ook gezien hoeveel je moeder van je houdt. Hoe belangrijk je voor je moeder bent, hoe blij ze met je is. En we zien hoe erg je moeder het vindt dat wij hier zijn. Ze wil dat we weggaan. Maar ze weet ook dat ze misschien niet heel goed voor je kan zorgen, maar dat ze dat wel zou willen.”

Op dit moment protesteert de moeder: “Ik kan wel goed voor hem zorgen,” zegt ze.

De lip van de baby begint weer te trillen.

“Kijk,” zeggen we tegen de baby, “jouw moeder vindt dat ze goed voor je kan zorgen en wij vinden dat dit niet zo is. We weten wel dat je moeder van je houdt. Nu is het zo in dit land,

dat als er niet goed voor een kindje wordt gezorgd en het kind loopt daardoor gevaar, het kind ergens heen gebracht wordt waar het wel goed verzorgd gaat worden. Jouw moeder is het daar niet mee eens, want ze houdt van jou.

Dat zien wij heel goed en niet je moeder, maar wij besluiten om je bij mensen te brengen die je goed te eten zullen geven en goed voor jou zullen zorgen. We zullen je moeder vragen om ons te helpen jou weg te brengen, zodat het goed met jou kan gaan. Het zal dapper van je moeder zijn als ze dit wil doen. Dapper omdat het heel moeilijk voor haar is. En jij mag weten dat je mama ondanks alles heel veel van je houdt, ze is en blijft je moeder, voor altijd, zo lang jij leeft.”

Tijdens het spreken van al deze woorden zien we het kind heel rustig worden en met grote ogen kijken. Een volwassen blik in een babylichaam.

Na deze woorden pakt de moeder de tas, vult deze met kleertjes en zegt: “Ik ga mee, ik breng hem weg, ik wil weten waar hij terecht komt.”

Moeder kruipt bij de baby achterin de auto. Bij de ontmoeting met de pleegouders, op neutraal terrein, overhandigt moeder haar baby aan de pleegmoeder met het verzoek om goed

voor hem te zorgen. Ze herhaalt de voedingstijden voor de pleegmoeder en ruimt de tas leeg om de pleegmoeder te laten zien op welk moment haar zoon dit of dat kledingstuk aan moet krijgen. Al die tijd blijft de baby wakker en laat zich geduldig door de moeder in de armen van de pleegmoeder leggen, terwijl hij zijn eigen moeder aankijkt.

In deze casus wordt gesproken met het kind, dat via orgaan-taal duidelijk maakt dat de zorg op geen enkele manier aansluit bij zijn behoeften. Het kind is nog lang niet toe aan zelf spreken. De essentiële informatie die het wordt meegedeeld, beperkt zich tot de feiten over zijn leven, de feiten over zijn omstandigheden en over wat er staat te gebeuren. De gesproken taal geeft woorden aan de verlangens van zowel de moeder als het kind. Er wordt met de moeder gesproken via het kind. Hierdoor kunnen zowel moeder als kind de taal in zich opnemen, zonder dat de moeder de noodzaak voelt te moeten reageren. De gekozen woorden beschermen de moeder als goede moeder, en voor het kind is zijn moeder als goede moeder

veiliggesteld. Het kind kan het beeld van een goede moeder met zich meenemen en kan zich

overgeven - ook doordat moeder hem mee wegbrengt - aan de pleegmoeder als zijn nieuwe goede verzorgster.

# 5. Bijeenkomst 3

## 5.1. Wat doen we

**Doel:**

De deelnemer:

• krijgt inzicht in de wijze waarop hij/zij zelf een middel tot verbinding van ouders met hun kind kan

zijn in de dagelijkse omgang met hen

• krijgt inzicht in de grondhouding in het werk dat daarbij past

• krijgt inzicht in het eigen taalgebruik

• krijgt handvatten om met taal hechting op gang te brengen

• leert de adoptie op gang te brengen

• kent de criteria voor verwijzing en heeft inzicht in de sociale kaart

**Onderwerpen:**

De hulpverleningsmogelijkheden voor ouders met hun kleine kind bij onveilige hechting; criteria voor hulp. Grondhouding van de hulpverleners en taalgebruik bij hechting.

**Aan de orde komen:**

• het gebruik maken van ‘verbindingstaal’,

• abstinentie betrachten als hulpverlener,

• laveren tussen symbiose en autonomie in de band tussen ouders en kind,

• stressmanagement van ouder en kind ondersteunen,

• mogelijke observatietechnieken van de ouder- kind relatie,

• de positie van de hulpverlener in de triade (ouders, kind, hulpverlener),

• bestaande / reeds onderzochte of nog in ontwikkeling zijnde hulpverleningsmethodieken voor

zowel de eerstelijns GGZ als voor de tweedelijns GGZ (algemeen overzicht),

• taalinterventies in de praktijk.

• Het één-gespreksmodel oefenen.

**Huiswerk:**

• Literatuur bestuderen Eerste hulp bij hechting blz. 105 t/m blz. 163

• Het is de bedoeling te oefenen met de aandachtspuntenlijst.

Het zou interessant zijn als je daarbij je onderbuikgevoel meeneemt als extra maat, buiten de vragen om. Dus als je nu denkt dit voelt niet goed, kun je dat wellicht even aanmerken en dan kijken of er op termijn met de aandachtspuntenlijst blijkt dat je gevoel gestaafd wordt met concrete aanwijzingen.

Andere culturen vormen een apart aandachtspunt. Vul je lijst nu ook maar gewoon voor hen in.

We komen hier apart later op terug.

• Let op je grondhouding: abstinentie betrachten, onpartijdig, open staan voor gevoelens van ouders

en kind, niet in oplossingen denken, klachten vertalen naar de relatie ipv naar het individu.

**5.2 Achtergrondinformatie bijeenkomst 3**

**Diagnostiek met aandachtspuntenlijst**

Bij de diagnostiek van hechting gaat het dus veel minder over feiten uit de lijstjes dan over gedrag van ouders ten opzichte van hun kind en omgekeerd. Daarom is het wenselijk om ouders met hun kind goed te blijven observeren. Alleen dan kan je gerustgesteld worden over de ouder-kindrelatie of juist erg ongerust worden.

De aandachtspuntenlijst is een observatielijst die je helpt om als beroepsbeoefenaar aan de hand van

concrete details van de interactie ouder-kind te kijken naar deze interactie. De lijst is niet uitputtend. Ze kan nog aangevuld worden en er kunnen items afvallen.

Het doel van de lijst is immers:

Scherper kijken naar de ouder-kind interactie, zodat je een indruk kunt krijgen van de:

- comfortzone van ouders (met stip op 1)

- de instelling van de ouders t.o.v. hun kind (positief of negatief)

- zekerheid/ onzekerheid /overbezorgdheid

- overgave en ontspanning van het kind aan de ouders

- de start van de ouder-kind relatie: zwangerschap / bevalling

Naast observeren is het stellen van vragen aan ouders ook een goed diagnostisch middel:

- Hoe hebt u de zwangerschap de geboorte en de eerste weken ervaren?

- Hoe is het voor u om moeder te zijn?

- Hebt u het gevoel dat u uw kind goed kunt ‘lezen?’

Ook het doorvragen naar aanleiding van een geobserveerde situatie kan licht werpen op de zaak:

- ik zie dat u veel voor uw kiezen hebt gehad. Valt het allemaal een beetje tegen?

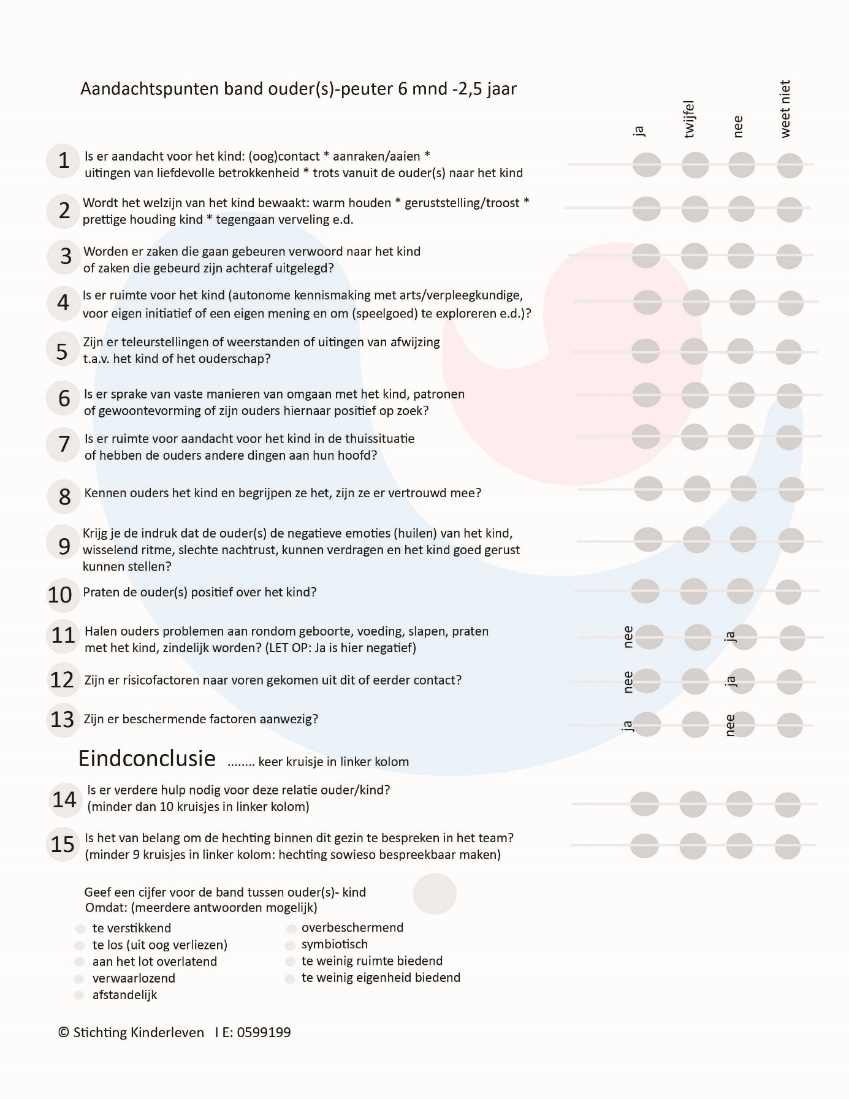
- Ik zie dat de tranen hoog zitten. Wilt u er iets over vertellen?

De laatste vragen betreffen de emoties van de moeder. Deze zijn bij de inschatting van de hechtingsrelatie namelijk cruciaal: het kleine kind staat in open verbinding met de moeder en neemt alles van haar in zich op. Het zal er al op anticiperen, zo klein als hij/zij ook is!

**5.3 Aandachtspuntenlijst 0-3 maanden**



**5.4 Aandachtspuntenlijst 3 maanden - 2 jaar**



**5.5 Eéngespreksmodel**

Opzet van de interventie: In één gesprek wordt de barrière die de hechting in de weg staat volledig aandacht gegeven, om vervolgens de eerste draden van een positieve band te weven. Als het goed is voltrekt zich aan het einde van het gesprek de adoptie: het onvoorwaardelijk ja zeggen tegen het kind.   
Het onvoorwaardelijk “ja” van ouders is zo essentieel voor het hele verdere leven van een kind, dat het alleen al uit het oogpunt van preventie aan te raden is om het ‘ééngespreksmodel’ toe te passen als daar enige aanleiding toe is.

Inhoud van de interventie:  
Het ééngespreksmodel bestaat uit de volgende stappen:

1. De ouder-kind observatie  
In de voorfase van het gesprek wordt de hulpverlener zich van allerlei signalen bewust die erop wijzen dat ouders en kind nog onvoldoende op elkaar zijn afgestemd.

2. De hulpverlener maakt een context voor het gesprek. De hulpverlener geeft aan wat de bedoeling is van het gesprek en hoe dit gesprek gevoerd wordt. Bijvoorbeeld: “We gaan samen kijken” en “… opnieuw beginnen.”

3. Iedereen wordt welkom geheten. De hulpverlener richt zich direct tot de ouders én het kind. Het kind wordt duidelijk welkom geheten als volwaardige deelnemer aan het gesprek.

4. De barrières in het licht zetten. Ouders worden uitgenodigd om de barrières - dat wat de ontwikkeling van een positieve ouder-kind band in de weg staat - te bespreken. De hulpverlener geeft ruimte aan de moeder of de vader om belangrijke gebeurtenissen te vertellen die verband houden met henzelf, de zwangerschap, de geboorte van de baby of de verwachtingen ten aanzien van dit kind.

5. Heftige emoties reguleren. Het is belangrijk dat de hulpverlener de aard en heftigheid van de emoties correct beoordeelt. Wanneer emoties buitensporige proporties aannemen kan het zijn dat de moeder een postnatale depressie of psychose ontwikkelt en zullen er andere stappen nodig zijn.

6. De eerste draden weven. Het benoemen van de liefde en inzet voor elkaar tot de adoptie van het kind: de ouders nemen het kind in hun armen en nemen het aan als hún kind.

**5.6 Casuistiek Bijeenkomst 3**

**Casus Lieke**

Lieke is net drie jaar geworden. Zij is het derde kind van moeder, haar zus is tien en haar broer is twaalf jaar oud. Lieke is het eerste kind van vader in dit nieuw samengesteld gezin.

Over de zwangerschap en de geboorte zijn geen bijzonderheden te melden. Beide ouders waren/zijn zielsgelukkig met dit kind.

Van het begin af aan was Lieke erg op moeder gericht en zocht zij voortdurend de fysieke aanwezigheid van moeder: op de arm willen, op schoot etc. Zodra moeder Lieke op de grond zette begon ze te huilen. Op het CB vertelt moeder dat dit nog steeds zo is tot op de dag van vandaag.

Moeder:

“ Lieke wil nauwelijks iets van vader weten, loopt ‘als een hondje’ achter me aan en wordt het liefste de hele dag gedragen. Dat is erg moeilijk te combineren met mijn werk: een bed- en breakfast runnen. Als ik Lieke neerzet of als ik even de kamer uitloop, zet Lieke het op een schreeuwen. Ik stik bijna in deze relatie!”

Verpleegkundige:

Deze observeert een kind op schoot bij de moeder. Kind verbergt haar hoofd in moeders nek. Kijkt niet naar de verpleegkundige, en als deze een vraag stelt kijkt Lieke direct naar moeder. Wanneer Lieke wat tegen haar moeder zegt valt de ‘ piepstem’ op.

Het is duidelijk dat er hulp moet komen voor de moeder(en vader)- kind relatie.

De verpleegkundige zegt…………………………………

**Casus Nino**

Nino is 11 maanden. Hij is het eerste kind van deze ouders, die elkaar nu twee jaar kennen. Geen bijzonderheden m.b.t. zwangerschap en geboorte.

Ontwikkelingsanamnese levert geen bijzonderheden op.

Echter, Nino slaapt tussen de ouders in, wil niets van een eigen bedje weten, zet het direct op een schreeuwen als moeder hem in zijn eigen bed legt, waarop de ouders hem maar direct er weer uithalen. Nino sjort dan aan moeders blouse voor voeding (hij krijgt naast groente- en fruithapjes volledig borstvoeding). Gedurende de nachten wordt hij drie á vier keer wakker en wil direct aan de borst gelegd worden. Dan sabbelt hij wat en valt gauw weer – tussen de ouders in - in slaap.

Moeder geeft op het CB aan dat beide ouders lijden onder het slaapgebrek. Ze zitten met de handen in het haar, weten niet hoe dit aan te pakken. Eerdere adviezen zals “Laat hem even huilen in zijn bedje,” etc, kunnen ze niet opvolgen. Ze kunnen het kind niet laten huilen.

Arts:

Het is duidelijk dat er iets meer ondersteuning nodig is. Alles draait om de kleine Nino en het jongetje dreigt heer en meester te worden, wat een onveilige opvoedingssituatie met zich meebrengt (kind bepaalt; er worden geen grenzen aangegeven). Blijkbaar speelt er meer bij deze

ouders, waardoor ze geen grenzen kunnen trekken. Ze besluit tot een verwijzing naar Kinderleven.

De arts zegt……………………………………………………………………………………………..

**Casus van Bernice Doove**

Verslag van een gesprek met moeder en kind in de spreekkamer van Bernice Doove

Situatie

Moeder met een zes wekenbaby (jongetje). De jeugdarts vertelt dat de geboorte als traumatisch is beleefd door deze moeder. Direct na de uitdrijving raakte ze buiten bewustzijn ivm sterke bloedruk

verlaging. Hoewel haar baby wel even bij haar heeft gelegen, werd hij snel van haar weggehaald. Het laatste waar ze een duidelijk beeld van heeft, is haar jongetje in de armen van zijn vader. Toen moeder veel later haar baby weer bij zich kreeg voelde voor haar alles anders aan. Het leek alsof de gemiste periode afstand had gecreëerd en moeder zich buitenstaander begon te voelen. Nu, zes weken later, verloopt alles ogenschijnlijk heel goed. De baby is gezond, de moeder is rustig met haar kind. Ze is zelfs al weer een keertje met vrienden op stap geweest. Toch, zo geeft ze aan, lijkt het rustig, maar van

binnen borrelt het.

Gesprek

Samen met moeder en jeugdarts exploreren we wat dat opborrelen betekent. Moeder weet gelijk: het is verdriet. Verdriet over de bevalling. Over de eerste gemiste momenten met haar kind die niet meer in te halen zijn. Er is sprake van opborrelend verdriet. Opborrelen wil zeggen, het wil er eigenlijk uit…

Als tegen moeder gezegd wordt: “Je zou graag weer opneiuw willen beginnen,” gaat moeder zachtjes huilen. Wanneer haar gevraagd wordt hier tegen haar kind over te spreken, klinkt het nog als taal

‘van buiten af’ .

Daarom besluit ik zelf alles aan de baby te vertellen van het eerste begin, terwijl moeder hem in haar armen houdt.

Ik vertel over het mislopen van elkaar, over elkaar even kwijt geweest te zijn, over het opborrelen bij moeder en over samen opnieuw beginnen. Moeder huilt tijdens deze woorden. Het kindje kijkt

intensief naar zijn moeder en als de toespraak klaar is maakt hij richting haar een prachtige lach. Moeder lacht terug en knuffelt hem.

Einde

Aan het eind van het gesprek zegt moeder zich enorm opgelucht te voelen.

“Alsof er iets van me afgevallen is”. Haar woordkeus is precies passend: als iets opborrelt en het kan eruit, is de lucht eruit en voel je je opgelucht.

Dan is het probleem opgelost en niet meer ondermijnend en aan de orde. Verdere hulp is niet meer nodig.

“ Zo is het goed nu,” zijn de woorden van moeder.

# 6. Bijeenkomst 4

## 6.1 Wat doen we

**Doel:**

• De deelnemer wordt vaardiger in het hanteren van de aandachtspuntenlijst.

• De deelnemer wordt vaardiger in het uitvoeren van taalinterventies.

• De aandacht zal bovendien gericht zijn op de borging in het dossier van het geleerde.

• De deelnemer leert heel concreet het ééngespreksmodel aan de hand van oefeningen met een actrice uit te voeren.

• De deelnemer krijgt aan de hand van literatuur inzicht in de relatie van hechting met: excessief huilen, slapen, vroeggeboorte, echtscheiding, gezinsproblemen.

• Toetsing van kennis en eindevaluatie van de training.

**Onderwerpen:**

Deze bijeenkomst zal besteed worden aan het vaardig worden in de uitvoering van hechtingsbevorderende interventies. De aandachtspuntenlijst wordt opnieuw besproken.

Daarnaast wordt ingegaan op hechtingspecifieke thema’s, te weten:

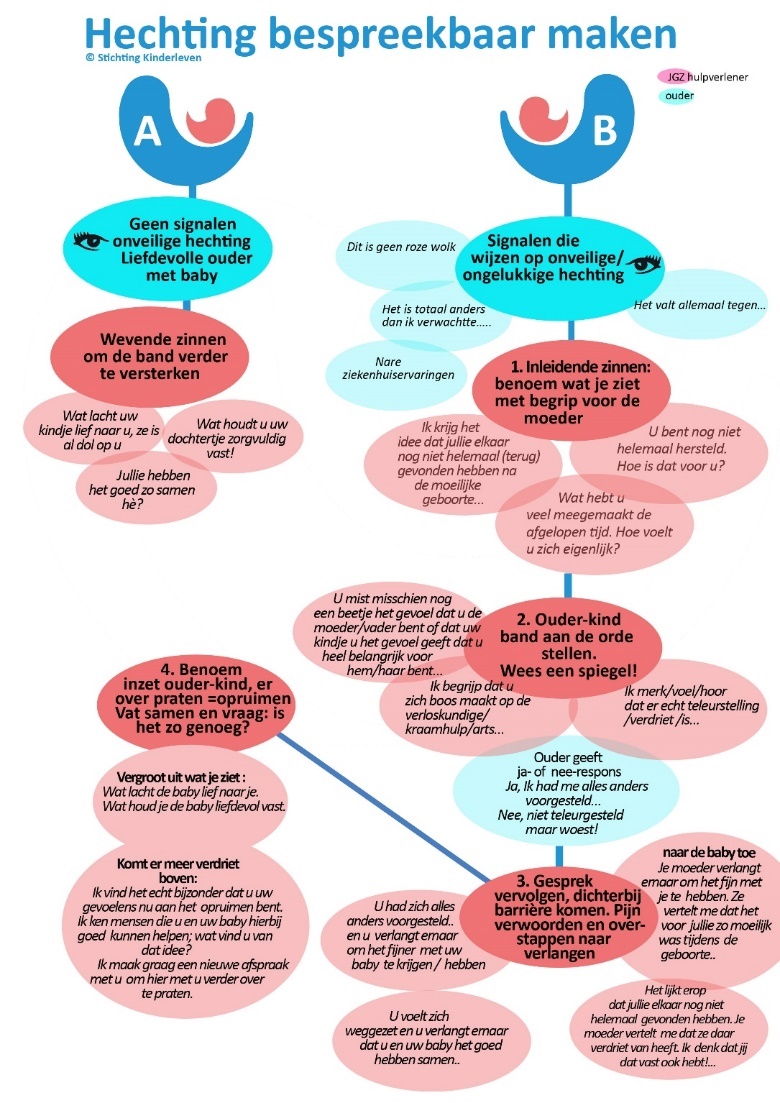
Borging

Eéngespreksmodel

Aan hechting gerelateerde thema’s die de deelnemer vaak te zien krijgt in de praktijk.

Terugblik op de training.

**6.2 Hechting bespreekbaar maken**





**6.3 Achtergrondinformatie bijeenkomst 4**

**Graag had ik deze handvatten jaren eerder gehad**

Ineke Minkhorst (56) heeft 3 bijeenkomsten van de training “Focus op hechting” van Stichting Kinderleven gevolgd, samen met een groep jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen. De training (4 dagdelen, geleid door Paulien Kuipers) richt zich op het leren signaleren van hechtingsproblemen bij baby’s en jonge kinderen. Vroegtijdige signalering van onveilige hechting voorkomt op latere leeftijd veel problemen en is daarom heel belangrijk, zeker voor professionals die dag in dag uit met de pasgeborenen te maken krijgen. In de training krijgen de deelnemers kennis over de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie tussen ouders en hun jonge kind en kennis over de gevolgen van (subtiele) hechtingsproblemen. Voorts leren de deelnemers hoe ze de relatie ouders en kind positief kunnen beïnvloeden, soms is één gesprek al voldoende. Het spreken van verbindingstaal is daarbij een belangrijk hulpmiddel.

Ineke vertelt dat ze sinds 4 jaar werkzaam is als consultatiearts, hiervoor heeft ze jarenlang als gynaecoloog gewerkt.

“We zien alle kindjes, van pasgeboren tot 4 jaar. We letten op medische en sociale aspecten. Deze twee invalshoeken lopen erg parallel. De verpleegkundigen zijn iets meer met de sociale kant bezig. Zij gaan op huisbezoek en bieden begeleiding als dat nodig is maar ook als arts kijk je met twee verschillende ogen. Voor mij heeft het er zeker mee te maken dat ik na mijn gynaecologie periode coaching-opleidingen gedaan heb. Dan krijg je nog meer zicht op het contact met mensen en de betekenis van klachten. Mijn medische bagage was ruim en door het coachen heb ik meer vaardigheden gekregen in gespreksvoering met mensen.

Als gynaecoloog heeft Ineke in de loop der tijd geleerd hoe belangrijk hechting is voor de gezonde ontwikkeling van het kind. Ze vertelt dat met name de laatste jaren het besef is gegroeid dat onveilige hechting de oorzaak kan zijn van allerlei geestelijke en lichamelijke klachten op latere leeftijd. Als er nu ouders komen met een verslavingsachtergrond worden direct alle hulptroepen ingeschakeld, dat was vroeger niet zo. Als er getwijfeld werd of het wel goed ging tussen moeder en kind, werd er hooguit extra op haar gelet. Het belang van veilige hechting wordt toenemend onderkend. Rust, tijd en aandacht voor het kind en elkaar begrijpen, zijn volgens Ineke belangrijke voorwaarden voor een goed contact tussen het kind en de moeder en vader.

“De reden dat ik de training Focus op hechting ging volgen was in eerste instantie nieuwsgierigheid. Er zat een belofte in dat je handvatten aangereikt kreeg om zaken weer op het goede spoor te zetten. Die handvatten heb ik zeker gekregen. Van de training tot nu toe vond ik de eerste bijeenkomst het beste omdat je daar iets persoonlijks in moest brengen. Op zich werkt dat sterk, het kan inzichten geven, maar dat kan ook bedreigend zijn. Na mijn coaching-training heb ik er geen moeite mee om dingen over mezelf te vertellen. Dat is voor iedereen anders. Van een aantal collega’s hoorde ik dat ze moeite hadden om persoonlijke dingen naar voren te brengen, wat wel begrijpelijk is. De deelname aan de cursus is verplicht, daardoor is de interesse en motivatie om deel te nemen verschillend. Er is altijd veel veiligheid nodig om persoonlijke zaken met anderen te kunnen/willen delen, anders kunnen er gemakkelijk gevoelens van schaamte of verdriet optreden die je liever voor jezelf zou willen houden. Het maakt wel dat de een veel meer uit de cursus haalt dan de ander, je moet er echt open voor staan. Tot nu toe heb ik met veel plezier de cursus gevolgd.”

Tijdens de training krijgen de deelnemers veel informatie over waar ze op moeten letten om onveilige hechting te signaleren. En ze leren hoe ze door één gesprek met ouder(s) en baby de band kunnen herstellen. Ineke vertelt dat ze het belangrijk vindt dat er nadrukkelijk op gewezen wordt dat je niet alleen te maken hebt met een kind of een ouder maar met beiden, het is een systeem. De een beïnvloedt de ander en vice versa.

“Met name de voorbeelden die ik gehoord heb over een slechte start, een huilbaby, de borstvoeding lukt niet etc. Als je dan gaat vragen: hoe was de zwangerschap en bevalling, dan blijkt zo vaak dat er toen dingen niet goed gelopen zijn en dat die zaken wel degelijk hun weerslag in het hier en nu hebben. Dat je dat hardop kunt benoemen naar de baby toe, dat zij dit samen allemaal hebben meegemaakt. Dat was echt een eye-opener, je ziet de kinderen reageren. Je ziet gewoon dat ze begrijpen wat je zegt. Dan zie je de ouders ontspannen; dit mag er zijn. Ik vind het geweldig. De taal die Paulien Kuipers gebruikt en de erkenning die ouders krijgen: “Het is niet raar dat ik zo’n start heb gemaakt omdat ik een heftige bloeding heb gehad of iets anders.” Die bevestiging is zo belangrijk voor ouders.”

Ineke past dit praten met de baby al toe in haar werk als consultatiebureau arts. Ze vertelt het volgende voorbeeld uit haar praktijk.

“Er was een moeder die problemen had met de band met haar kindje. Toen ik door vroeg over de zwangerschap en bevalling bleek die zwaar en moeilijk geweest te zijn. Veel misselijkheid en overgeven. Na de bevalling is de moeder op een gegeven moment bewusteloos geraakt door een heftige bloeding. De baby was daarvoor operatief gehaald. De vader bleef ontredderd achter met de baby en wist zich geen raad. De moeder was achteraf ook erg van slag en deze mensen hebben het heel moeilijk gevonden om de draad met hun baby weer op te pakken. Dit hele verhaal heb ik verteld aan de baby; hoe zwaar het was geweest, hoe misselijk moeder was geweest maar toch dapper de hele zwangerschap heeft uitgedragen, hoe zij haar moeder bijna kwijt was geweest en dat zij die spanning en angst gevoeld moet hebben. De moeilijke start die ze samen hadden heb ik aan de baby (en moeder) verteld. De moeder en haar moeder (oma) luisterden en de baby van 4 weken zat mij het hele gesprek strak aan te kijken. Dat zagen moeder en oma gebeuren. Die hadden zoiets van: zou ze dit echt allemaal snappen? Ik zei dat ik dacht dat ze heel goed begreep dat er van alles gebeurd was, natuurlijk begreep ze het niet letterlijk maar wel het gevoel en de intentie. De mensen gingen helemaal opgelucht en tevreden de deur uit. Ik vind het wel jammer dat ik niet kan vertellen hoe het nu met ze gaat. Ik heb ze nog niet terug gezien op mijn spreekuur maar ik vermoed dat ze er wel iets aan hebben gehad.”

Een ander voorbeeld uit haar praktijk is het verhaal over een tweejarig jongetje dat zich als een aapje aan zijn moeder vastklampt zodat het onmogelijk is om hem te onderzoeken. Ineke stelt voor om het onderzoek een paar maanden uit te stellen omdat het jongetje binnenkort naar een peuterspeelzaal gaat en dan over een tijdje misschien beter te benaderen is. Bij het volgende consult komt hij op dezelfde vastgeklampte manier binnen met zijn moeder.

“Ik ben toen een gesprek met moeder begonnen en heb haar laten vertellen waar ze tegenaan liep, wat voor problemen ze had. Op een zeker moment ben ik naast het jongetje gaan zitten en heb ik het verhaal van moeder aan hem verteld, wat moeder net allemaal tegen mij had gezegd. Ik zag de ogen voor het eerst naar mij gaan en begon de ogentest te doen terwijl hij nog steeds aan zijn moeder hing. Vervolgens kon ik zijn hartje beluisteren en daarna zei ik dat ik graag even zijn balletjes wilde onderzoeken. Hij ging staan op de schoot van moeder en liet dit onderzoek toe. Daarna draaide zich om en ging op normale manier op schoot zitten bij zijn moeder. Ik kon verder al het onderzoek/opdrachtjes doen wat ik met hem wilde doen. Het was prachtig om te zien hoe dit kind op mijn aanpak - het verhaal van zijn moeder - reageerde.”

Ze legt me uit dat er nog een reden is waarom ze hechting zo belangrijk vindt. Ze vertelt dat haar oudste zoon is gediagnostiseerd met PDD-NOS en ADHD na een enorme zoektocht: wat is er met dit kind aan de hand.

“Nu pas zie ik dat mijn oudste hoog sensitief was maar dat ik, zijn moeder, het niet wilde zien. In het gezin waar ik vandaag kwam was het not done om hoog sensitief te zijn. Dat was zwak. Toen hij net 5 jaar was is onze dochter van vier maanden oud overleden. Zijn wereld stond op zijn kop. Zijn ouders waren niet meer de ouders die hij kende, hij voelde zich niet meer veilig. Vanaf die tijd is het bergafwaarts met hem gegaan. Het surplus in liefde wat ik altijd had, was er niet meer door het overlijden van mijn dochtertje. Het heeft jaren geduurd voordat dat weer hersteld was. Daarnaast had ik een drukke baan in twee fusieziekenhuizen met allerlei conflicten, in een regio waar ik niet vandaan kwam dus zonder hulptroepen om me heen. Pas na jaren konden we deze negatieve spiraal ombuigen, eerder konden we hem niet bijsturen. Nu werkt hij hard aan zichzelf en ben ik er van overtuigd dat hij zijn plek zal vinden. Maar hij heeft er nog iedere dag last van. Als ik eerder beseft zou hebben welke impact dit alles op hem zou hebben (onveilige hechting op iets latere leeftijd) dan zouden we misschien anders gehandeld hebben, maar we hadden de handvatten en de inzichten niet”.

Aan het einde van het interview praten we over invoelingsvermogen, intuïtie en het feit dat het ééngespreksmodel met ouders en hun baby niet voor iedereen is weggelegd. Mensen moeten bij hun eigen gevoel kunnen komen om het gesprek op een goede manier te kunnen voeren. Vaak krijgt iemand pas door hoe het werkt op het moment dat hij of zij zelf vastloopt en behoefte heeft om er uit te komen. Dat geldt zeker voor haar.

“Ik ben zelf zwaar overspannen geweest, ik was echt over de rooie. Ik noem het geen burn-out want fysiek kon ik goed blijven functioneren. Door die overspannenheid werd ik gedwongen om voor de spiegel te gaan staan en te kijken: hoe komt het nou dat dit bij mij gebeurt. Dan ga je door een heel proces en dat is mooi, al denk je daar zelf op dat moment anders over. Ik wilde destijds best uit mijn baan als gynaecoloog stappen, maar je zit in een rijdende trein die voortdendert. En je zit in een gouden kooi want je hebt een goed inkomen. Het is heel moeilijk om dan te zeggen: ik stap hier uit en ik ga iets anders doen. Door mijn overspannenheid werd ik gedwongen om een andere richting op te gaan. Ik vind het een zegen dat het gebeurd is.

**6.4** **Achtergrondinformatie bijeenkomst 4**  
**Belangrijke hechtingsbegrippen in het dossier, zie aandachtspuntenlijst bijeenkomst 3.**

Aansluiten (reageren op acties /gedrag van het kind) Vraag 5, 7, 8, 9, 10, 11

• Sensitiviteit

• Afstemming

Tekst in het dossier:

→ Ouders sluiten positief aan

→ Ouders sluiten nog niet voldoende positief aan

Voorspelbaarheid Vraag 6

• Structuur

• Herhaling

• Vaste gewoontes

Tekst in het dossier:

→ Ouders zijn voorspelbaar

→ Ouders zijn nog niet voldoende voorspelbaar

Comfortzone Vraag 8, 9

• Van de ouders

• Van het kind

Tekst in het dossier: → Ouders kunnen emoties van het kind hanteren en het kind

troosten

→ Ouders kunnen nog niet de emoties van het kind hanteren en het

troosten (ouders blijven zelf niet rustig)

Liefdevolle betrokkenheid / inlevingsvermogen Vraag 1, 2, 3, 8

• Non-verbale communicatie (aaien, lachen, knuffelen)

• Zorg (dekentje, mutsje op/af)

• Mentaliseren

Tekst in het dossier:

→ Ouders hebben inlevingsvermogen in hun kind en handelen er naar

→ Ouders hebben nog niet voldoende inlevingsvermogen

Balans Vraag 1,2,4, 9

• Tussen afstand nabijheid

• Tussen ruimte geven ruimte nemen

• Tussen symbiose en autonomie

• Tussen beschermen en uitdagen

• Tekst in het dossier:

→ Voldoende balans

→ Ouder en kind nog niet in een samen-balans

Vraag 12 t/m 17 hebben geen betrekking op de observatie van het consult

# 7.Borging

**7.1 Het project ‘borging van hechting in de basiszorg’**

De vraag is of de training ‘Focus op hechting’ voldoende is in het kader van preventie Jeugdgezondheidszorg, om de ouder-kind relatie met de focus op hechtingsvraagstukken op de kaart te zetten. Het antwoord hierop is: nee. Er is enorm veel in positieve zin in gang gezet en zijn er merkbare veranderingen in de aanpak van artsen en verpleegkundigen geconstateerd in hun kijk en op en in de omgang met hechtingsproblemen tussen ouders en kind. Nu zal dit in een goed proces van borging zijn beslag moeten krijgen in de organisatie. Daarnaast zou de kortdurende interventie van het ééngespreksmodel gekoppeld mogen worden aan een observatie van een onveilige hechting door een JGZ-professional. Wanneer in één gesprek ouders en kind weer meer op elkaar afgestemd raken en hun verbinding veiliger wordt is een grote slag gemaakt om erger te voorkomen! Stichting Kinderleven pleit daarom samen voor een borgingstraject waartoe het signaleren van onveilige hechting, het standaardiseren van gegevens hierover in het digitaal dossier, en een format voor gespreksvoering met ouders en kind over hun relatie door de JGZ-professional behoort.

Daarnaast is het belangrijk om een methodiek uit de BasisGGZ, de gespecialiseerde zorg dus, in te zetten en toegankelijk te maken voor de JGZ- basisvoorziening.

Kortom: Een geborgd totaal-aanbod vanuit het uitgangspunt dat de ouder-kind relatie aan de basis ligt van alle facetten van de jeugdzorg en elk aspect van de ontwikkeling van kinderen doordrenkt.

## 7.2 Het totaalaanbod van ‘Borging van Hechting’

Het borgen van hechting betreft:  
Het (vroeg) signaleren van een verstoorde ouder-kind band (hechting) door jeugdartsen en verpleegkundigen aan de hand van een -aan het digitaal dossier gekoppelde- lijst.  
Aan de hand van een verder te ontwikkelen gespreksformat leren om hechtingsproblemen bespreekbaar te maken met ouders en kind.

Eerste hulp bieden bij “Borging van Hechting” betreft:  
Het door-ontwikkelen van een interventie-mogelijkheid (het ééngespreksmodel) voor de vrij-toegankelijke zorg.  
Het daadwerkelijk toepassen van deze hulp bij een groep kinderen.  
De door-ontwikkeling van interventie- en verwijs-mogelijkheden binnen de gespecialiseerde (basis)GGZ. Eenheid van taal creëren tussen de jeugdgezondheids-zorg en de gespecialiseerde zorg op het gebied van ouder-kindrelaties (aansluitend op één gezin één plan).

De professionals voor dit project zijn:  
JGZ artsen en verpleegkundigen en alle andere professionals die te maken hebben met kleine kinderen en hun ouders. GZ-psychologen Infant Mental Health, artsen en verpleegkundigen op afdeling neonatologie.

**7.3 Format terugrapportage**

Naam kind :

Adres :

Geboortedatum :

Datum verwijzing :

Verwijzer :

Aantal sessies :

Hulpverleningsperiode :

Tussentijds (telefonisch) contact verwijzer:

Tussentijdse overlegmomenten met andere hulpverleners:

Reden van verwijzing :

Behandeling afgesloten op :

Proces van de behandeling:

Visie op kind en gezin :

Eindconclusie :

Eventuele blijvende zorg / aandachtspunten:

Rapportage met ouders besproken op:

Opmerkingen van ouders over het rapport / de behandeling:

Rapportage verstuurd aan :

Datum :

Ondertekend door hulpverlener:

Organisatie :

**7.4 Format verwijzen:**

Datum verwijzing :

Verwijzer :

Funktie :

Email verwijzer :

Telefoon verwijzer :

AGB-code verwijzer :

Naam kind :

Adres :

Postcode :

Gemeente :

Geb.dat. kind :

BSNnummer Kind :

Moeder (naam voluit) :

Geb.dat. moeder :

Ouderlijk gezag : ja/ nee

Telefoonnummer :

Emailadres moeder :

Vader (naam voluit) :

Geb.dat.vader :

Ouderlijkgezag : ja/nee

Telefoonummer vader :

Emailadres vader :

Gezin

Samenstelling :

Plaats in de kinderrij :

Anamnese

Pré- en postnatale periode, feitelijk :

Beleving van de ouder(s) :

Verloop geboorte, feitelijk :

Beleving van de ouders :

Onderzoek en ontwikkeling

Wat zag je:

- Lichamelijk :

- Sociaal-emotioneel :

- Relationeel (ouders-kind) :

Risicofactoren

Ouderfactoren :

Kindfactoren :

Omgevingsfactoren :

Relatie ouders-kind :

Beschermende factoren

Ouderfactoren :

Kindfactoren :

Omgevingsfactoren :

Relatie ouders-kind :

Zorgelijke observaties:

Eigen ideeën bij het kind / gezin; ouder-kind relatie;

Geruststellende observaties:

Eventuele eigen ideeën daarbij:

Houding van ouders/verzorgers t.a.v. verwijzing:

Eventuele bijlagen (medische informatie, relationele stamboom) kunnen meegezonden worden.

**7.5 Format overdracht JGZ – behandelaar**

Datum:

nr ouders (dossier JGZ):

Naam en Contactgegevens ouders:

Naam en contactgegevens verwijzer:

Bijzonderheden/Korte omschrijving vraag overdracht:

1. Naam en geboortedatum kind

2. Gezinssamenstelling incl. leeftijd ouder(s)

3. Aandachtspunten vanuit lijst risicofactoren?

Zet een X bij die factoren die aanwezig zijn, eventueel met een korte toelichting.

3.a.Kindfactoren

O lichamelijk handicap of gebrek:

O gezondheidsproblemen (astma, eczeem, e.d).:

O premature en couveuse kind:

O geboortecomplicaties (tang, vacuum, keizersnee, zware of risicovolle bevalling e.d.):

O kinderen uit draagmoederschap of adoptie:

O moeilijk hanteerbaar temperament (excessief huilen, extreem introvert, slaap- en

eetproblemen e.d.):

O vervang of verzoenkinderen:

O ongewenste of overgewenste kinderen (b.v. na periode kinderloosheid e.d.):

O kinderen die een ziekenhuisopname hebben gehad of lang van moeder en/of vader

gescheiden zijn geweest:

O overige:

3.b. Ouderfactoren

O geschiedenis van onveilige hechting (verwaarlozing, uithuisplaatsing,

O verslavingsproblematiek of geweld:

O ouders met psychiatrische of psychologische problematiek :

O relationele of sexuele problemen in ouderrelatie:

O te jonge of te ouders moeders/vaders:

O zwangerschap of geboortecomplicaties:

O ziekte na de geboorte (bekkeninstabiliteit, postnatale depressie/psychose e.d.:

**8. Blogs / ervaringen uit de praktijk**

Sommige van deze blogs uit de parktijk van Paulien kuipers zijn eerder gepubliceerd in dagblad de Limburger. De praktijkvoorbeelden zijn altijd zodanig bewerkt dat er meerdere praktijkgevallen in verweven zijn. De casus is daarom voor ouders en kind onherkenbaar geworden.

**8.1 Nieuwe broer of zus**

Vraag van ouders:   
*In ons gezin is een half jaar geleden een nieuw kind geboren. Onze dochter van drie is sindsdien uit balans: ze is snel boos, plast weer in haar broek en vraagt veel aandacht. We hebben haar goed voorbereid op de komst van haar broertje, maar dat heeft blijkbaar onvoldoende geholpen. Is het normaal dat kinderen zo lang uit hun evenwicht zijn als er een broertje of zusje komt? En kunnen wij iets voor haar doen?*

Met ‘hechtingsogen’ kijken:   
Als er een nieuwe baby in het gezin komt is dat voor het oudere kind een schok. De oudste dochter maakt een schuiver, doordat ze letterlijk een stukje moet opschuiven. De plaats op de schoot bij de ouders waar ze eerst alleen recht op had, moet ze gaan delen. De aandacht is nu niet meer uitsluitend voor haar bestemd en ze zal die proberen terug te krijgen. Daarvoor bedenken kinderen trucs. Zo zette een meisje steevast de kinderliedjes harder als de baby begon te huilen. Een goede voorbereiding kan niet voorkomen dat het eerste kind uit balans is als er een tweede komt. Het hoort er gewoon bij. En het kan langer duren dan een half jaar. Juist wanneer de baby meer in de huiskamer komt en met haar spullen gaat spelen, wordt het moeilijk voor de oudste.

Het is de keuze van de ouders dat er een nieuwe baby is gekomen. De oudste hóeft dit niet leuk te vinden, maar moet zich daar wel bij neerleggen. De baby kan ook veel toevoegen aan het leven van de eerste. Maar dan moet hun relatie zich wel ‘vrij’ kunnen ontwikkelen. En daarin kan iets misgaan. Als ouders hebben gezegd dat de nieuwe baby een ‘speelkameraadje’ wordt, kan dat behoorlijk tegenvallen: de baby slaapt veel, en je mag hem niet eens ‘zo maar’ oppakken.

En de aandacht van ouders vooral aan de baby wordt geven en zij het huishouden gaan doen als de baby slaapt, kan de oudste het gevoel krijgen dat de positie van de baby te verkiezen is boven die van haar. Misschien wil ze dan zelf opnieuw klein zijn: ze praat met een babystemmetje, ze plast weer in haar broek, ze drinkt uit een zuigflesje…

En als ze ingeschakeld wordt bij de verzorging van de baby zal zij zich wellicht vereerd voelen, maar ze raakt gefrustreerd als ze afgeremd moet worden in het overenthousiast ‘moederen’: bijvoorbeeld wanneer ze de baby van de commode wil tillen…..

Ieder kind wil de band met zijn ouders volkomen goed houden en omdat het nog zo afhankelijk is van hen, worden zaken die de band beïnvloeden, zoals een nieuwe baby, als gevaarlijk beschouwd

Eigenlijk wil een driejarige dochter gewoon doorgaan met haar leven als driejarige, ondanks de komst van de nieuwe baby. Doorgaan met haar puzzels, bouwsels en gebabbel. Ze wil zien dat haar ouders van haar blijven genieten. De baby is er gewoon, maar háár leven gaat door. Als ouders tijd met haar doorbrengen, moet deze tijd vooral besteed worden aan zaken uit háár leven: gesprekken die gaan over háár interesses, zoals dat voor de komst van de tweede ook het geval was. Dan komt de oudste weer in balans en kan ze ondertussen zelf een manier ontwikkelen om met haar broertje of zusje om te gaan.

**8.2 Verslaafd op de wereld**

*Mijn driejarig zoontje is verslaafd op de wereld gekomen. De eerste twee jaren van zijn leven heb ik, ondanks slechte partner en drugsgebruik, zelf voor hem gezorgd. Tot de politie hem bij mij weghaalde. Mijn ouders namen toen de zorg op zich. Nu ben ik drugsvrij. Ik heb een woning en een goede vriend. Ik wil graag mijn zoon terug. Maar mijn ouders willen dit niet. Ik heb nu veel ruzie met hen. Maar mijn kind hoort toch bij mij?*

Hoe kunnen we hiernaar kijken vanuit het hechtingsperspectief?  
Uit de vraag blijkt dat de moeder het idee heeft dat haar ouders de zoon van haar hebben afgepakt. Maar misschien is het eerder zo dat ze hun kleinzoon in moeilijke tijden hebben ópgepakt. Ze hebben hun schouders onder zijn dagelijkse verzorging gezet en zijn van hem gaan houden.

Het kind is verslaafd geboren. Dit betekent dat hij als baby ontwenningsverschijnselen had. Dat zal zwaar voor hem geweest zijn. Daarna heeft hij waarschijnlijk geprobeerd om zijn moeder voor zich te winnen, want hij was afhankelijk van haar. Maar ze was niet altijd beschikbaar. Als hij honger had en huilde, was zij regelmatig weg om drugs te regelen. Als hij wakker was en wilde dat ze hem zou dragen, lag ze bij tijd en wijle bedwelmd op bed. Als hij wilde slapen hoorde hij ruzies in huis. Uiteindelijk kreeg hij rust in de armen van zijn grootouders die hem voedden, voorlazen, zijn angsten bezworen en orde in zijn chaos brachten. Nu is hij drie en aan hen gehecht. Zíj zijn de bron voor zijn veiligheid geworden. Zíj zijn betrouwbaar, want ze komen als hij roept.

De moeder is en blijft de moeder. Zij zal zich misschien nu wel betrouwbaar kunnen opstellen maar dat weet hij nog niet. Het is voor het kind belangrijk dat zijn moeder en haar ouders geen ruzie maken. Dat de grootouders worden bedankt voor hun liefdevolle zorg, daar waar de moeder de zorg moest laten liggen. Misschien, als de overgang van het kind van hen naar moeder geleidelijk en in liefde verloopt, kunnen de grootouders opnieuw vertrouwen krijgen in de opvoedkwaliteiten van hun dochter, de moeder van hun kleinzoon. Dan worden ook de kansen gecreëerd dat het kind zich in vertrouwen aan zijn moeder gaat hechten!

**8.3 Zonder moeder**

*Vraag uit de praktijk: Mijn nichtje van zeven verloor vorig jaar haar moeder – mijn zus - door kanker. Ze doet het goed op school, ze heeft vriendinnetjes, ze gaat naar muziek- en dansles, maar ze wil met niemand spreken over haar moeder. Toch zie ik haar ermee worstelen. Kan ik haar helpen?*

Kijken vanuit hechtingsperspectief:  
Voor niemand voel ik zoveel compassie als voor kinderen die het verlies van een ouder een plaats moeten geven. Met dit overlijden verdwijnt in één klap een belangrijk deel van de onvoorwaardelijke liefde uit hun leven. Als het goed is zijn ouders er altijd. Iedere dag. Ongeacht wat een kind doet: ze blíjven. Ook al is een moeder wel eens boos, uiteindelijk is zíj het die trots is als het kind afzwemt, prachtig leert blokfluiten, slaagt voor de studie, of zelf een baby krijgt. De aanwezigheid van een moeder is voor een kind heel gewoon. Zó gewoon, dat de bodem onder het bestaan wegvalt als zij sterft.

Kinderen zijn na dit overlijden in de war, ook al merk je soms niets aan hen. Dan houden ze zich sterk. Bijvoorbeeld om hun vader, die in de rouw is, niet tot last te zijn. Natuurlijk hebben ze ook verdrietige of boze buien. Afgelopen zondag kwam ik een bekende tegen. Ze vertelde dat het die dag precies negenenveertig jaar geleden was dat zij als tienjarig meisje haar moeder verloor. Ze kan zich van die gebeurtenis nog alle details herinneren. Na dit overlijden is ze als kind in de war geweest. Normale woorden als pepermunt, werden plotseling onbegrijpelijk voor haar. Ze kon het gewone, - het vanzelfsprekende -, niet meer verstaan, toen het gewone en vanzelfsprekende uit haar leven verdween. Door dit gesprek realiseerde ik me opnieuw hoeveel het betekent voor de rest van je leven als je op jonge leeftijd je moeder verliest.

Jonge kinderen zullen niet zomaar willen praten over het overlijden van hun moeder. Ze zoeken juist situaties op die helpen om het leven weer als ‘gewoon’ te ervaren. Van praten worden ze opnieuw verdrietig en dan raken ze weer uit balans. Toch is het belangrijk om samen met hen woorden te vinden om over het verlies te spreken. Bij het Toon Hermans Huis of bij Stichting ‘Achter de Regenboog’, werken mensen die kinderen daar goed bij kunnen helpen. Als een moeder overlijdt, blijft het kind toch aan haar gehecht. Door erover te praten kan het kind alles een plek gaan geven en krijgt het de gelegenheid om ook af-te-hechten.

Van dichtbij maak ik mee dat een tante al acht jaar iedere week een dag komt helpen in het gezin van haar overleden zusje. Ongeacht wat in dat gezin of in haar eigen leven plaatsvindt: ze komt áltijd. Daarmee neemt ze het gemis van de moeder voor deze kinderen niet weg. Maar ze geeft hen wél onvoorwaardelijke liefde terug. Dat is goud waard.

**8.4 Nieuw broertje**

*In ons gezin is een half jaar geleden een nieuw kind geboren. Onze dochter van drie is sindsdien uit balans: ze is snel boos, plast weer in haar broek en vraagt veel aandacht. We hebben haar goed voorbereid op de komst van haar broertje, maar dat heeft blijkbaar onvoldoende geholpen. Is het normaal dat kinderen zo lang uit hun evenwicht zijn als er een broertje of zusje komt? En kunnen wij iets voor haar doen?   
Een bezorgde vader*

Als er een nieuwe baby in het gezin komt is dat voor het oudere kind een schok. Jullie dochter maakt een schuiver, doordat ze letterlijk een stukje moet opschuiven. De plaats op jullie schoot waar ze eerst alleen recht op had, moet ze gaan delen. Jullie aandacht is nu niet meer uitsluitend voor haar bestemd en ze zal die proberen terug te krijgen. Zo zette mijn dochter steevast de kinderliedjes harder als onze baby begon te huilen. Een goede voorbereiding kan niet voorkomen dat het eerste kind uit balans is als er een tweede komt. Het hoort er gewoon bij. En het kan langer duren dan een half jaar. Juist wanneer de baby meer in de huiskamer komt en met zijn of haar spullen gaat spelen, wordt het moeilijk voor de oudste.

Het is jullie keuze dat er een nieuwe baby is gekomen. De oudste hóeft dit niet leuk te vinden, maar moet zich daar wel bij neerleggen. De baby kan veel toevoegen aan het leven van de eerste, maar dan moet hun relatie zich wel ‘vrij’ kunnen ontwikkelen. En daarin kan iets misgaan. Als we als ouders bijvoorbeeld zeggen dat de nieuwe baby een ‘speelkameraadje’ wordt, kan dat behoorlijk tegenvallen: de baby slaapt veel, en je mag hem niet eens ‘zo maar’ oppakken!

Als wij onze aandacht vooral aan de baby geven en het huishouden als de baby slaapt, kan de oudste het gevoel krijgen dat de positie van de baby te verkiezen is boven die van haar. Misschien wil ze dan zelf opnieuw klein zijn: ze praat met een babystemmetje, ze plast weer in haar broek, ze drinkt uit een zuigflesje…

As we haar inschakelen bij de verzorging van de baby zal zij zich wellicht vereerd voelen, maar ze raakt gefrustreerd als we haar moeten afremmen in het overenthousiast ‘moederen’ bijvoorbeeld wanneer ze de baby van de commode wil tillen…..

Eigenlijk wil jullie driejarige dochter gewoon doorgaan met haar leven als driejarige, ondanks de komst van de nieuwe baby. Doorgaan met haar puzzels, bouwsels en gebabbel. Ze wil zien dat jullie van haar blijven genieten. De baby is er gewoon, maar háár leven gaat door. Als jullie tijd met haar doorbrengen, besteedt deze tijd dan vooral aan zaken uit háár leven en praat met haar over háár interesses, zoals je dat voor de komst van de tweede deed. Vestig haar aandacht niet te vaak op de baby. Dan komt ze weer in balans en kan ze ondertussen zelf een manier ontwikkelen om met haar broer om te gaan.

**8.5 Huilbaby**

*Onze pasgeboren baby huilt vaak. Ik vind dat heel vervelend omdat ik denk dat hij zich niet prettig voelt en ongelukkig is. Ik doe er alles aan om hem te laten stoppen maar het helpt niet. Hoe kan ik er voor zorgen dat hij niet meer huilt? Ik ben bang dat ik hem verwen als ik hem voortdurend opneem.   
Een wanhopige moeder*

Baby’s huilen uit onvrede. Ze voelen zich niet fijn. Ze willen slapen, maar kunnen niet slapen; ze hebben gegeten maar kunnen niet verteren; ze hebben gedroomd maar begrijpen de droom niet...Hoewel een deel van de baby’s huilt door medische oorzaken, huilt een groter deel door het teveel blootgesteld zijn aan prikkels uit de wereld van volwassenen: telefoon, radio, televisie, stemmen, lawaai. Baby’s moeten te snel mee in ons leven. Mee in de auto, mee naar de creche, opstaan en aangekleed worden als hij nog wil slapen, moeten slapen als hij nog bij mamma wil zijn.

Huilen is een afstemmingsprobleem van de baby op de volwassen wereld. Hij raakt ontstemd omdat de stem van zijn eigen ritme verloren gaat in het lawaai. Wij hebben in de rol van ouder haast geen tijd meer om ons af te stemmen op het natuurlijk ritme van een kind, op zijn behoeftes aan slaap. Een “ouder-wetse” huisarts op de Veluwe adviseerde alle ouders om hun baby de eerste zes weken niet te vervoeren, in het woonhuis te laten wennen aan zijn nieuwe leefsituatie. Voor ons vaak een onhaalbare kaart, maar misschien – gezien vanuit de baby - zo gek nog niet om hem op die wijze in te voegen in het leven.

Laten we even stil staan bij de opgave waar een baby voor staat. Hij komt uit een warm holletje, verbonden met de moeder door de navelstreng. Na de geboorte leeft een baby in een nieuwe wereld, in lucht in plaats van in water, in licht in plaats van in donker, in lawaai in plaats van zachte gedempte geluiden, los van het moederlichaam. Je kan zeggen dat een baby op weg gaat om een zelfstandig wezen te worden. En zowel ouders als baby zoeken na de geboorte naar een nieuw evenwicht tussen samen zijn en alleen zijn. Dat is nu precies waar het bij huilbaby’s om draait: ze vragen om de zekerheid van verbondenheid om alleen tot rust te kunnen komen. En gek genoeg ervaren wij als ouders dit op exact dezelfde wijze! Als onze baby huilt verkrampen wij en deze kramp drukt de verbondenheid uit met onze baby. Daarom lopen we steeds opnieuw naar dat huilende kind, pakken het op, trachten het te troosten. En dat moet ook ... sterker nog, als iemand ons zegt dat wij “ons kind met rust moeten laten” kunnen wij dat helemaal niet. De drang om naar onze baby te gaan is groot en wij kunnen zelf pas ontspannen als ons kind rustig is.

De moeder heeft het over verwennen. Veel ouders vinden het zo’n akelig idee dat door hun schuld een kind verwend wordt dat ze bijna vanaf het moment dat de baby is geboren, dit proberen te voorkomen. “Ze moet leren dat ze niet de enige op de wereld is” en “kinderen die vragen worden overgeslagen” of “te veel aandacht is niet goed; dan vragen ze steeds meer”. Maar wat leert onze baby er eigenlijk van als we hem laten huilen? “Doe geen moeite me te roepen, want ik kom toch alleen op mijn tijd?” Of “Ik doe alleen iets voor je als je er niet om vraagt?” Het gevolg hiervan kan zijn dat onze baby het basisvertrouwen verliest. Hij wordt angstig en huilt eerder. Of hij wordt nog veeleisender. Dan lijdt iedereen: de ouders raken gestresst en de baby wordt ongelukkig.

Om zelfzuchtig, verwend gedrag te kunnen vertonen, moet een kind in staat zijn om te willen. En een baby heeft alleen maar nodig. Ik zeg dus dat een baby niet verwend kan worden. Daar is hij te klein voor. Maar daarmee zeg ik niet dat hij altijd zoet is. En het valt ook niet altijd mee de baby tevreden te stellen. Als we de behoeften van onze baby snel onderkennen hoeft hij die niet zo luid kenbaar te maken.

Dus baby: huil maar lekker, dan pakt je mamma je op, tot ze je door en door kent… dan hoef je niet meer te huilen.

**9. Aanbevolen literatuur**

Wal, van der J., 2005 Gebaren van het mens worden, <http://home.unet.nl/walembryo/zgvhmw.htm>

Groh e.a.: over de gevolgen van gedesorganiseerde hechting (Engelstalig)

<http://files.stichting-kinderleven.webnode.nl/200000007-95e7397dbb/groh-kopie.pdf>

Interview met Paulien Kuipers in GZ Psychologie september 2016: Probleemgedrag van baby's en kinderen is vaak een hechtingsprobleem <http://files.stichtingkinderleven.nl/200000251-0fb4511a9b/GZ%20psychologie%20Artikel%20Paulien.pdf>

Artikel Marilse Eerkens in de Correspondent; Gewoon praten met de ouders werkt., 4 december 2015

<https://decorrespondent.nl/3718/Eerste-hulp-bij-hechting-gewoon-praten-met-de-ouders-werkt/257289318-5da22a5c>

Richtlijn problematische gehechtheid 2014 is te vinden op www.richtlijnenjeugdhulp.nl

Richtlijn excessief huilen 2014 is te vinden op www.richtlijnenjeugdhulp.nl

Aanbevolen video: The weeping camel   
<https://www.youtube.com/watch?v=tVUE5PZfJLE>

Uitgebreide lietratuurlijst is te vinden op [www.stichtingkinderleven.nl](http://www.stichtingkinderleven.nl)