

drs. Nelleke Polderman
directeur Basic Trust,
expertisecentrum hechting en
basisvertrouwen, Haarlem

dr. Mascha Kamphuis
jeugdarts KNMG, voorzitter Artsen
Jeugdgezondheidszorg Nederland,
Utrecht; JGZ ZHW, Zoetermeer,
adviseur TNO

prof. dr. Geert Jan Stams
hoogleraar forensische
orthopedagogiek, Universiteit van
Amsterdam

ARTSEN HEBBEN ROL BIJ HET OPSPOREN VAN HECHTINGSPROBLEMEN VAN KINDEREN

Screenen op problematische gehechtheid is hard nodig

Veel psychiatrische problematiek bij kinderen en jongvolwassenen heeft hechtingsproblematiek als onderliggende oorzaak. Kinderartsen, huisartsen en jeugdartsen kunnen veel leed voorkomen als zij hier vroegtijdig op screenen.

Regelmatig komen er moeders op het consultatiebureau met een baby van vier weken die veel huilt. De jeugdarts zal dan medische oorzaken uitsluiten, zoals pijn, honger of prikkeling van de darmen. Meestal is het huilen op die leeftijd normaal: het neemt toe vanaf de geboorte met een piek bij zes weken. Met het uitsluiten van medische oorzaken, uitleg en eventueel aanvullende begeleiding door de jeugdverpleegkundige is de moeder vaak goed geholpen. Soms reageert ze echter nauwelijks op het huilen tijdens het consult, of geeft ze zelf aan dat ze niet goed in haar vel zit. Dan moet aan een postnatale depressie worden gedacht. In Nederland hebben elk jaar zo'n 22.000 vrouwen een postnatale depressie. Dit is

ongeveer 10 procent van alle vrouwen die in Nederland bevallen. Een depressie van een ouder is een groot risico bij het ontwikkelen van een gezonde hechtingsrelatie. Daarom worden moeders bij wie een postnatale depressie wordt herkend altijd begeleid en zo nodig doorverwezen.

Basisvertrouwen

Cruciaal voor een kind is dat het een gevoel van basisvertrouwen ontwikkelt. Dit is het vertrouwen in zowel zichzelf als in de ander. Daardoor ervaart het kind een veilige gehechtheid in de relatie met zijn opvoeder. Veilige gehechtheid is voorwaarde voor een gezonde cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling. Vroege aandacht hiervoor verlaagt het risico op latere psychopathologie. Als er problemen zijn, worden regelmatig onterechte diagnoses gesteld, zoals ADHD of autismespectrumstoornis (ASS), terwijl aan de problemen eigenlijk een diepe angst bij het kind om zich toe te vertrouwen en in zichzelf te vertrouwen ten grondslag ligt. Het vroeg herkennen van deze problematiek en hierop ingrijpen, is een belangrijk doel van het gemeentelijk jeugdbeleid. Huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen en kinder-

psychiaters – maar ook andere professionals in de zorg voor jeugd – hebben een rol in het vroeg herkennen en aanpakken van problematische gehechtheid. Maar liefst één op de drie kinderen is in de vroege kindertijd onveilig gehecht. Zij hebben dus onvoldoende basisvertrouwen en zijn niet in staat om afstand en nabijheid van de ouder adequaat te reguleren doordat de ouder onvoldoende een veilige basis en haven voor het kind vormt en in sommige gevallen zelfs beangstigend is voor het kind. Hierdoor kunnen internaliserende problemen, zoals angst of depressie, maar ook externaliserende problemen, zoals agressief en delinquent gedrag, ontstaan. De symptomen hiervan kunnen heel divers zijn.

Problematische gehechtheid

Voor problematische gehechtheid worden veel verschillende termen gebruikt, waaronder reactieve hechtingsstoornis (DSM-5), ontremd-sociaalcontactstoornis (DSM-5), hechtingsproblematiek, verstoorde gehechtheid, enzovoort. Over de afbakening van deze begrippen is geen consensus.

Er bestaan vier patronen van gehechtheid: onveilig-vermijdend (A), veilig (B), onveilig-ambivalent (C) en gedesorganiseerd (D).

Onveilig-vermijdend gehechte kinderen (A) minimaliseren consequent hun gehechtheid, als reactie op een afwijzende ouder; dit is een functionele strategie om nabijheid tot een opvoeder te bewaren die ongevoelig is voor de signalen en

Cruciaal voor
een kind is
een gevoel van
basisvertrouwen



PANOS PICTURES, HOLLANDSE HOOGTE

Bij baby's zijn signalen van het al dan niet veilig gehecht zijn zichtbaar.

behoeften van het kind.

Veilig gehechte kinderen (B) daarentegen maken goed contact met de opvoeder als ze dat nodig hebben. De opvoeder is sensitief en responsief en is beschikbaar als veilige basis als het kind de omgeving verkent, maar ook als veilige haven als het kind moe is of gevaar ziet.

Onveilig-ambivalent gehechte kinderen (C) maximaliseren hun gehechtheid om nabijheid van opvoeders te bewerkstelligen. De opvoeder is wisselend sensitief. Deze kinderen worden niet snel rustig als ze getroost worden.

Gedesorganiseerde kinderen (D) ervaren hun opvoeders als beangstigend en heb-

ben geen vaste strategie om de opvoeder dichtbij zich te houden. Gedesorganiseerde gehechtheid is een vorm van onveilige gehechtheid zonder een vast reactiepatroon. Het kind is angstig, maar weet niet wat te doen, omdat de opvoeder soms een bron van angst is, maar ook soms veiligheid en bescherming biedt. Deze

kinderen lopen later de meeste kans op het ontwikkelen van ernstige vormen van psychopathologie, met name door de chronische stress die ze ervaren.

Signalen

Al van baby af aan zijn signalen van het al dan niet veilig gehecht zijn zichtbaar bij een kind. Screening en signalering zijn kerntaken van de professionals in de jeugdgezondheidszorg (jgz), die in Nederland is ondergebracht bij de gemeenten. Zij zien en kennen meer dan 90 procent van alle kinderen, die ze vanaf de geboorte tot en met hun 18de jaar volgen. Op jonge leeftijd komen vrijwel alle kinderen op het consultatiebureau.¹ In de schoolleeftijd biedt de jgz ook zorg aan kind en gezin.

Echter, specifieke screening naar de mate van onveilige gehechtheid of risicofactoren voor problematische gehechtheid ontbreekt tot nu toe, al heeft de jgz hier wel oog voor. Jeugdartsen zijn bijvoorbeeld alert op een postnatale depressie bij de moeder of andere kenmerken van ouder of kind die de hechting kunnen bedreigen. Denk aan kinderen met een handicap of afwijkend gedrag, of ouders met een psychiatrische diagnose (zie *kader*). Hoewel bij screening het risico op valse negatieven (het probleem wordt niet gesignaleerd) en op valse positieven (er wordt een probleem gesignaleerd terwijl dat er niet is) zoveel mogelijk moet worden uitgesloten, verwachten we relevante opbrengsten van het standaard uitvoeren van een valide screening. Nu worden alleen specifieke risicogroepen, zoals adoptie- en pleegkinderen, tienermoeders of prematuur geboren kinderen, soms gescreend op gehechtheid. Een

standaardscreening, bijvoorbeeld door de jgz of op indicatie door de huisarts of kinderarts, zou echter zeer wenselijk zijn.

RISICOFACTOREN VOOR ONVEILIGE GEHECHTHEID

OP HET NIVEAU VAN HET KIND

- opvallende lichamelijke gebreken van het kind
- ongewenst kind
- prematuriteit van het kind
- aangeboren stoornissen en/of handicaps, zoals een pervasieve ontwikkelingsstoornis, een verstandelijke of zintuiglijke handicap (de laatste vooral bij ontbreken van matching met ouders)
- moeilijk temperament van het kind

OP HET NIVEAU VAN DE OUDERS EN HET GEZIN

- eigen geschiedenis bij (één van) de ouders van onveilige gehechtheid
- verwaarlozing en/of mishandeling van het kind door de ouders
- psychische problematiek bij (één van) de ouders, zoals verslaving of depressie
- een geschiedenis van veel wisselende opvoeders, zoals in een tehuis en/of een situatie waarbij enkele opvoeders voor heel veel kinderen verantwoordelijk zijn
- onverwerkt verdriet bij (één van) de ouders
- ernstige conflicten in de relatie van de ouders
- gezinsgeweld

OP HET NIVEAU VAN DE OMGEVING

- geen of een gering steunend netwerk van het gezin of de moeder
- slechte woonomgeving en huisvesting
- lage sociaal-economische status
- recente migratie of vlucht uit het land van herkomst

Preventieve interventie

Als er zorgen zijn over de gehechtheid kan vervolgens een korte preventieve interventie aan de ouders worden aangeboden. Daarmee kunnen samenhangende ontwikkelingsproblemen, en uiteraard ook hoge maatschappelijke en financiële kosten, worden voorkomen. Een korte preventieve interventie gebruikt de mogelijkheden die ouders zelf in huis hebben en leert ze hoe ze het basisvertrouwen van het kind kunnen bevorderen.

Basic Trust en de Universiteit van Amsterdam ontwikkelen samen een signaleringsinstrument voor kinderen tot 2 jaar; voor kinderen van 2 tot en met 5 jaar is al een testversie beschikbaar die nog aanpassingen behoeft. Voorts wordt het *Disturbances of Attachment Interview* in Nederland gebruikt, dat goed bruikbaar is in de klinische praktijk en over gunstige psychometrische eigenschappen beschikt.

Als meerdere risicofactoren een rol spelen, of als de preventieve interventie niet toereikend is, dan is verwijzing naar de jeugdzorg, jeugd-ggz of (in adoptie) gespecialiseerde hulpverlening de volgende stap. Ook die richt zich in eerste instantie op het behoud van de eigen regie door ouders; pas daarna komt een individuele behandeling van het kind of een uitgebreid diagnostisch onderzoek in beeld. Dat gebeurt echter pas als er voldoende aanwijzingen zijn voor problematische gehechtheid.

Hopelijk dragen deze vloeiend aansluitende zorgopties, te beginnen bij de jeugdartsen van de jgz, bij aan de beste zorg voor kinderen en jeugdigen, tegen een minimum aan kosten. ■

contact

nelleke.polderman@basictrust.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoot en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

Screening is een kerntaak van de professionals in de jgz