

Diagnostiek van gehechtheid in de kinder- en jeugdpsychiatrie

M.J. VAN HOOF

ACHTERGROND De ouder-kindrelatie is met toenemende focus op preventie en aanpak van kindermishandeling in de belangstelling geraakt en daarmee ook het concept gehechtheid. Goede diagnostiek gericht op gehechtheid is cruciaal. Het probleem is dat de ouder-kindrelatie tot nog toe niet volgens betrouwbare, eenduidige standaarden beoordeeld wordt.

DOEL Beschrijven wat noodzakelijk is voor gedegen diagnostiek van gehechtheid gebaseerd op de literatuur.

METHODE Samenvattend PubMed-literatuuroverzicht van meetinstrumenten voor gehechtheid gebaseerd op uitgebreidere zoekstrategieën voor Engelstalige meta-analyse en reflectie op implicaties voor implementatie in de ggz.

RESULTATEN Screening van gehechtheid is met name van belang bij (een toenemend aantal) risicofactoren en vergt goed getrainde professionals en betrouwbare meetinstrumenten.

CONCLUSIE Toepassing van het concept gehechtheid in de kinder- en jeugdpsychiatrie staat nog in de kinderschoenen en is gebaat bij een doorwrochte visie en evidence-based toepassing van diagnostiek.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)9, 546-553

TREFWOORDEN diagnostiek, gehechtheid, gehechtheidsrepresentatie, kinder- en jeugdpsychiatrie



Diagnostiek van gehechtheid van een kind aan zijn ouders is langere tijd een verwaarloosd concept geweest binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en ggz, waarin de nadruk lag op stoornissen en meetbare symptomen. Te lang is gehechtheid, net als gedragsproblemen en kindermishandeling, beschouwd als iets voor het veld van de jeugdzorg: langdurig uit huis geplaatste kinderen in jeugdzorginstellingen, adoptie- en pleegkinderen. Pas bij evidente, vaak alleen internaliserende, psychiatrische problematiek komen ze in het vizier van de kinder- en jeugdpsychiater. De gehechtheidstheorie van Bowlby en Ainsworth (Van Rosmalen 2015) heeft nooit praktisch voet aan de grond gekregen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Met voortschrijdende inzichten op het gebied van hersenontwikkeling en daarbij betrokken neurobiologische aspecten zoals o.a. epigenetica, immunologie en hormoonhuishouding (Shonkoff e.a. 2012), wordt echter eens te meer duidelijk dat gehechtheid in wisselwerking staat met zowel de sociaal-emotionele ontwikkeling van een kind,

als eventuele psychiatrische stoornissen. Recent bleek gehechtheid bijvoorbeeld bruikbaar om adolescenten met seksueel misbruik te kunnen onderscheiden van degenen met een klinische depressie dan wel een niet-klinische controlegroep, ongeacht psychiatrische symptomen (Van Hoof e.a. 2015).

De vraag is hoe de kinder- en jeugdpsychiater het beste gehechtheid kan diagnosticeren en hoe en wanneer een screening op zijn plaats zou zijn. In dit artikel wil ik daar een evidence-based visie op geven vanuit de literatuur en al voorhanden zijnde richtlijnen.

Gehechtheid

Gehechtheid betreft de relatie van een kind met zijn ouder(s) of verzorger(s). Kinderpsychiater John Bowlby heeft in samenwerking met psychologe Mary Ainsworth 70 jaar geleden de gehechtheidstheorie ontwikkeld. Zij baseerden zich op ideeën uit de evolutietheorie van Charles Darwin en de veiligheidstheorie van William

Blatz over het zoeken van bescherming bij een verzorgende volwassene om de kans op overleving te bevorderen (Van Rosmalen 2015). Als een ouder of verzorger voorspelbaar, betrouwbaar en invoelend reageert op het kind dat troost, bescherming of hulp zoekt, leert het kind deze volwassene te vertrouwen en te gebruiken als veilige uitvalsbasis voor ontdekking en spel. Het kind kan vervolgens na exploratie weer veilig terugkeren naar deze volwassene.

Daarentegen is het beangstigend als een volwassene oninvoerbaar, onvoorspelbaar, onbetrouwbaar, angstig, hardhandig, grensoverschrijdend, inconsequent of niet reageert. Indien een ouder of verzorger consistent op deze manier reageert, zal het kind de volwassene leren beschouwen als onveilig en angstaanjagend (Bowlby 1969/1988). Per definitie heeft kindermishandeling of -verwaarlozing, verlies van een hechtingsfiguur, (oorlogs)geweld of moeten vluchten van huis en haard een negatief effect op de gehechtheid van het kind. Het hangt van de veerkracht van het kind en steun van de omgeving af hoe het hierop reageert.

Gehechtheidsgedrag kan, zoals gezegd, veilig of onveilig zijn. Bij 0-6-jarigen wordt gesproken over geobserveerd veilig-autonoom gehechtheidsgedrag enerzijds en angstig-vermijdend, angstig-ambivalent of gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag anderzijds. In het laatste geval weet het kind niet of het toenadering moet zoeken tot zijn ouder of verzorger of deze juist moet vermijden en gedraagt het zich tegenstrijdig van moment tot moment of tegelijkertijd (bijvoorbeeld naar de ouder toelopen met afgewende blik). Vanaf de latenteleeftijd zijn er interviews beschikbaar om de gehechtheidsrepresentatie te bepalen, dat wil zeggen de manier waarop het geïnterviewde kind nadenkt over de relatie met ouders of verzorgers. De gehechtheidsrepresentatie kan veilig-autonoom, vermijdend, gepreoccupeerd of onverwerkt-gedesorganiseerd zijn (Main e.a. 1985).

De opstellers van de DSM-5 (APA 2013) hebben nauwelijks gebruikgemaakt van de gehechtheidsliteratuur (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg 2003, p. 1). Ze spreken alleen bij kinderen onder de 5 jaar die ernstige, aantoonbare mishandeling of verwaarlozing hebben meegemaakt over reactieve hechtingsstoornis dan wel ontremd-sociaalcontactstoornis (Scheper e.a. 2016). Dat zegt nog niets over de vorm van gehechtheidsgedrag of gehechtheidsrepresentatie dat een kind laat zien.

Aanvullend spreekt de internationaal belangrijke richtlijn van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood* (Boris & Zeanah 2005) ook nog van het concept 'geen hechting'.

AUTEUR

MARIE-JOSÉ VAN HOOFF, kinder- en jeugdpsychiater, orthopedagoog en promovenda Curium-LUMC, YOEP Onderwijs en Zorg en eigen praktijk iMindU, tevens oprichter-voorzitter expertgroep Trauma en Kindermishandeling, Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

CORRESPONDENTIEADRES

Marie-José van Hoof, YOEP Onderwijs en Zorg/iMindU, Dorpsstraat 73, 2361 AV Warmond.
E-mail: M.J.van_Hoof@lumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-4-2017.

Het ontbreken van hechting is vaak geobserveerd bij kinderen die van jongs af aan in tehuizen zijn opgegroeid waar liefde, aandacht en zorg ontbraken. De ICD-11 is in de maak voor 2017: er wordt nog volop gediscussieerd over of en hoe het concept gehechtheid daarin een plaats moet krijgen (zie WHO 2010). De door gehechtheid- en trauma-experts wereldwijd bepleitte *developmental trauma disorder* heeft de DSM-5 niet gehaald, maar mogelijk krijgt het concept wel een plek in de ICD-11.

Wat de DSM- en ICD-classificaties gemeen hebben is dat de *evidence-based* dimensionele beoordeling van gehechtheid vanuit de gehechtheidstheorie vooralsnog ontbreekt. Psychiatrische symptomen bij ouder en kind staan echter niet los van elkaar en van de gehechtheidsrepresentatie van beiden. Het is herhaaldelijk aangetoond dat de gehechtheidsrepresentatie van een zwangere vrouw het gehechtheidsgedrag van haar peuter op de leeftijd van 14 maanden bepaalt. Met name gedesorganiseerde gehechtheid van het kind wordt voorspeld door de gehechtheidsrepresentatie van de aanstaande moeder (Levine e.a. 1991; van IJzendoorn 1995; Hsiao e.a. 2015). Na een doodgeboorte voorspelt de gehechtheidsrepresentatie van de moeder tevens het gehechtheidsgedrag van het volgende kind (Bakermans-Kranenburg e.a. 1999; Hughes e.a. 2001). Ook is voldoende aangetoond dat niet-afgestemde emotionele reacties, niet reageren (de zogenaamde 'still face'; Tronick e.a. 1978; Mesman e.a. 2013), angstig of beangstigend reageren van ouder naar kind tot gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag en onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie leiden (Hesse & Main 1999; Lyons-Ruth e.a. 1999; Lyons-Ruth 2003).

Juist ouders met psychiatrische problemen zijn zodoende kwetsbaar in hun ouderschap. Vaak zijn zij zelf in hun jeugd, partnerrelatie of bijvoorbeeld door (oorlogs)geweld getraumatiseerd. Bij ouder, kind, of ouder-kindinteractie-

problemen zou de ouder dus zeker beoordeeld moeten worden op gehechtheidsrepresentatie en interactie met het kind om een goede inschatting te kunnen maken van de kwaliteit van gehechtheid bij kind en ouder. Het voorgaande pleit eens te meer voor implementatie van de verplichte kindcheck in de ggz (NVvP 2011; Diderich-Lolkes de Beer 2015).

Meetinstrumenten voor gehechtheid; een literatuuroverzicht

TABEL 1 biedt een overzicht van in de literatuur vermelde meetinstrumenten om onveilige gehechtheid te meten, bij kind of adolescent, dan wel bij ouders of verzorgers. De wetenschappelijke gouden standaard voor beoordeling van de gehechtheid bij kinderen zijn de *Strange Situation Procedure* (SSP; Ainsworth & Bell 1970; Ainsworth e.a. 1978) voor jonge kinderen (0-6 jaar), de *Attachment Story Completion Task* (ASCT; Bretherton e.a. 1990) voor de latenteleeftijd en het *Gehechtheidsbiografisch interview* (GBI, in het Engels *Adult Attachment Interview* (AAI); Main e.a. 1985; Hesse 2008) dat voor adolescenten vanaf 12 jaar en ook volwassenen gebruikt wordt. Veelbelovend zijn het *Child Attachment Interview* (CAI; Shmueli-Goetz e.a. 2008), geschikt voor de latenteleeftijd, en de *Reflective Functioning Scale* (RFS; Fonagy

e.a. 1998), te coderen op grond van het GBI. Sommige meetinstrumenten leiden tot een dimensionele, andere tot een categorale beoordeling van gehechtheid.

Observatie levert andere informatie op dan een klinisch interview of vragenlijst. Validiteit en betrouwbaarheid hiervan lopen sterk uiteen: vragenlijsten over gehechtheid zijn lang niet zo betrouwbaar en valide als gestandaardiseerde klinische interviews en observaties van gehechtheid. Gehechtheidsvragenlijsten hebben bovendien geen overlap met de meetinstrumenten die als 'gouden standaard' voor het bepalen van gehechtheid beschouwd worden.

Nadeel van deze gouden standaarden is dat ze bewerkelijk zijn in hun uitwerking en in de klinische praktijk nog onvoldoende goed onderzocht zijn op bruikbaarheid in diverse (poli)klinische settings en bij uiteenlopende doelgroepen. Vanuit de psychoanalytische en mentalisatiebevorderende therapie is nog de meeste ervaring opgedaan met klinisch inzetten van de genoemde meetinstrumenten en wordt het gebruik ervan juist aanbevolen (o.a. Steele & Steele 2008). Echter, voor zinnig gebruik in de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk en (specialistische) jeugd-ggz ((s)jggz) zouden accurate afname en transcriptie, betrouwbare codering en financiering daarvan gewaar-

TABEL 1 Meetinstrumenten voor gehechtheid en ouderschap

Meetinstrumenten	Leeftijd kind	Referentie
Gehechtheid		
Strange Situation Procedure (SSP)*	14 maanden-6 jaar	Ainsworth & Bell 1970; Ainsworth e.a. 1978
Attachment Story Completion Task (ASCT)*	6-12 jaar	Bretherton e.a. 1990
Gehechtheidsbiografisch interview (GBI, in het Engels Adult Attachment Interview, AAI) *	12 jaar en ouder	Main e.a. 1985
Clinical Observation of Attachment (COA)	14 maanden-6 jaar	Boris e.a. 2004
Lijst Signalen van Verstoorde Gehechtheidsgedrag (LSVG)	0-6 jaar	Stor & Storsbergen 2006
Disturbances of Attachment Interview (DAI)	0-6 jaar	Smyke & Zeanah 1999
Child Attachment Interview (CAI)	8-12 jaar	Shmueli-Goetz e.a. 2008
Reflective Functioning Scale (RFS)	12 jaar en ouder	Fonagy e.a. 1998
Ouderschap		
Atypical Maternal Behaviour Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE)	0-13 jaar	Bronfman 1999; 2008; Lyons-Ruth e.a. 1999
Working Model of the Child Interview (WMCI)	Geen leeftijdsgrens bekend, 0-18 jaar	Zeanah e.a. 1986; Nicchols e.a. 2015; van Bakel 2011
Parent Development Interview (PDI)	Geen leeftijdsgrens bekend, 0-18 jaar	Aber e.a. 1985; Slade e.a. 2004

*Gouden standaard voor die leeftijdscategorie in wetenschappelijk onderzoek.

borgd moeten worden. Op dit moment is die financiële ruimte in de gemeentelijke budgetten er nog niet. Mogelijk kunnen de Raad voor de Kinderbescherming en Veilig Thuis een rol spelen in financiering van gehechtheidsdiagnostiek bij gezinnen waarin sprake is van kindermishandeling of -verwaarlozing.

Voor de klinische praktijk zijn er tot nog toe twee richtlijnen voor het meten van gehechtheid opgesteld: de richtlijn Problematische gehechtheid (NVO/NVMW/NIP 2014) van de beroepsverenigingen van orthopedagogen, psychologen en maatschappelijk werkers en de richtlijn voor verstandelijk beperkte kinderen Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag door het Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg (Dekker-van der Sande & Janssen 2010). Een integrale NVvP-richtlijn voor de (kinder- en jeugd)psychiatrie ontbreekt vooralsnog.

In de beide richtlijnen worden als meetinstrumenten genoemd: de *Clinical Observation of Attachment* (COA; Boris e.a. 2004), die de SSP benadert; de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* (LSVG; Boris & Zeanah 2005; Stor & Storsbergen 2006), en het *Disturbances of Attachment Interview* (DAI; Smyke & Zeanah 1999), af te nemen door een getraind clinicus. De DAI geeft een categorale beoordeling van gehechtheid: wel of geen reactieve hechtingsstoornis of ontremd-sociaalcontactstoornis bij een achtergrond van kindermishandeling of -verwaarlozing op jonge leeftijd. Het is de vraag of categorale meetinstrumenten de complexe werkelijkheid van het concept gehechtheid geheel juist weergeven. Het lijkt wenselijker om dimensionale maten te gebruiken.

Voor beoordeling van de kwaliteit van gehechtheid vanuit het perspectief van het ouderschap zijn de AMBANCE (Bronfman 1999; 2008) en *Working Model of the Child Interview* (Zeanah e.a. 1986; van Bakel 2011; Nicchols e.a. 2015) veelbelovende instrumenten om gedesorganiseerde gehechtheid van de ouder jegens het kind te beoordelen. AMBANCE en WMCi hangen met elkaar samen en voorspellen beide zowel het GBI als de SSP (Madigan e.a. 2015). In samenhang gebruikt vergroot dit de betrouwbaarheid van de bevindingen. Het *Parent Development Interview* (PDI; Aber e.a. 1985; Slade e.a. 2004) is nog een ander semigestructureerd klinisch interview naar de representaties van ouders over zichzelf, het kind en de ouder-kindinteractie. Hoe dit samenhangt met eerdergenoemde instrumenten is niet onderzocht.

Onderzoek naar de bruikbaarheid in (poli)klinische settings en bij diverse doelgroepen is ook voor genoemde ouderschapsmeetinstrumenten nodig. Tot slot zijn er nog tientallen niet afdoende gevalideerde gehechtheidsvragenlijsten die in wetenschappelijke onderzoeken gebruikt zijn, waarvan niet vaststaat of ze iets toevoegen.

Screening en diagnostiek van gehechtheid

Zoals ik al stelde in de inleiding is het volgens mij passend bij de competentie en ervaring van de daarin getrainde kinder- en jeugdpsychiater en klinisch psycholoog in de (s)jggz om de diagnostiek naar gehechtheid op indicatie te includeren binnen de algehele medisch-psychiatrische en psychodiagnostiek. Dit in tegenstelling tot een eerder voorstel van Poldermans e.a. (2015) om de jeugdarts, huisarts of kinderarts deze afname van gehechtheidsinstrumenten in de vorm van vragenlijsten te laten uitvoeren (van Hoof 2015). Kinder- en jeugdpsychiater en klinisch psycholoog zijn gewend snel overzicht te creëren in ouder-kindinteractie of gezinsproblematiek en dit te plaatsen in het geheel van de ontwikkeling van het kind met of zonder eigen psychiatrische stoornissen. Gehechtheid als onderwerp van medisch-psychiatrische en psychologische diagnostiek is echter nog in brede zin een onderontwikkelde vakgebied, waarvoor onderwijs en training gewenst zijn.

De jeugdarts is vooralsnog niet gericht op diagnostiek van gehechtheid, noch opgeleid hierin. Ook de huisarts, noch de kinderarts, heeft de opleiding of de tijd voor beoordeling van gehechtheid in de 7 minuten die de zorgverzekeraar hem of haar heeft toebedeeld per patiënt. Wel, en zeker zo belangrijk, zouden deze artsen, de praktijkondersteuner huisarts (POH-GGZ) of nurse practitioner, dan wel het plaatselijke jeugd-gezinsteam de volgende onderzoeken kunnen verrichten:

1. de kindcheck uitvoeren als zij ouders met levensbedreigende of chronische ziekten, psychiatrische of verslavingsproblematiek op het spreekuur krijgen;
2. bepalen hoeveel nare gebeurtenissen het kind heeft meegemaakt volgens de *Adverse Childhood Events* (ACE-schaal; **TABEL 2**; Fellitti e.a. 1998; Anda e.a. 2006);
3. een risicotaxatie volgens het NIZW-balansmodel uitvoeren (zie <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Trauma-en-kindermishandeling/Omschrijving-11>).

KINDCHECK EN RISICOTAXATIE

Sinds 1 juli 2013 is het toepassen van de kindcheck voor professionals in de zorg verplicht (Diderich-Lolkes de Beer 2015). Sindsdien is implementatie van de kindcheck en onderzoek ernaar gaande bij huisartsen, spoedeisende hulpdiensten, in ziekenhuizen en de jggz.

Problematische gehechtheid kan vermoed worden bij een toenemend aantal nare ervaringen (ACE's) dan wel kindermishandeling of -verwaarlozing. Een toenemend aantal ACE's gaat samen met zowel levenslange somatische als psychiatrische morbiditeit, als toegenomen mortaliteit (Anda e.a. 2006).

TABEL 2 Score voor nare jeugdervaringen (*adverse childhood experiences; ACE*)

Bepaal je ACE (Adverse Childhood Experiences)-score

Voor de periode tot je 18e:

1. Heeft een ouder of een andere in het gezin aanwezige volwassene je vaak, of heel vaak, uitgescholden, beledigd, naar beneden gehaald of vernederd? Of heeft hij/zij zich op een andere manier zodanig gedragen dat je bang werd dat je lichamelijk verwond zou raken?
Ja/nee *Indien ja, dan 1 punt*
2. Heeft een ouder of een andere in het gezin aanwezige volwassene je vaak, of heel vaak, geduwd, ruw vastgepakt, geslagen of iets naar je gegooid? Of heeft hij/zij je ooit zo hard geslagen dat je er zichtbare sporen (bijv. blauwe plekken) aan overhield of gewond raakte?
Ja/nee *Indien ja, dan 1 punt*
3. Heeft een ouder of iemand die ten minste 5 jaar ouder was dan jij je ooit aangeraakt of gestreeld, of heeft hij/zij je zijn/haar lichaam laten aanraken op een seksuele manier? Of heeft hij/zij orale, anale of vaginale gemeenschap met je gehad of geprobeerd te hebben?
Ja/nee *Indien ja, dan 1 punt*
4. Had je vaak, of heel vaak, het gevoel dat niemand in je gezin van je hield en je belangrijk en bijzonder vond? Of had je het gevoel dat men in het gezin weinig aandacht voor elkaar had, weinig verbondenheid met elkaar voelde en elkaar niet steunde?
Ja/nee *Indien ja, dan 1 punt*
5. Had je vaak, of heel vaak, het gevoel dat je niet genoeg te eten had, dat je geen schone kleren had en dat je niemand had om je te beschermen? Of dat je ouders te dronken of te high waren om voor je te zorgen of om je naar de dokter te brengen als dat nodig was?
Ja/nee *Indien ja, dan 1 punt*
6. Zijn je ouders ooit uit elkaar geweest of gescheiden?
Ja/nee *Indien ja, dan 1 punt*
7. Werd je moeder of stiefmoeder vaak, of heel vaak, geduwd, ruw vastgepakt of geslagen, of werden er dingen naar haar gegooid? Of werd ze soms, vaak, of erg vaak, geschopt, gebeten of geslagen met de vuist of met een hard voorwerp? Of is ze ooit geslagen gedurende ten minste enkele minuten, of bedreigd met een vuurwapen of mes?
Ja/nee *Indien ja, dan 1 punt*
8. Heb je in hetzelfde huis gewoond met iemand met een drankprobleem of met een alcoholist, of met iemand die drugs gebruikte?
Ja/nee *Indien ja, dan 1 punt*
9. Was een van je gezinsleden depressief of psychisch gestoord, of heeft hij/zij ooit een zelfmoordpoging gedaan?
Ja/nee *Indien ja, dan 1 punt*
10. Heeft een van je gezinsleden in de gevangenis gezeten?
Ja/nee *Indien ja, dan 1 punt*

Tel al je ja-antwoorden bij elkaar op. Dit is je ACE-score.

• Anda e.a. 2006; Van Hoof 2016 – Nederlandse vertaling (i.s.m. het Academisch Talencentrum Universiteit Leiden)

Bij 4 ACE's zou zeker verwijzing moeten plaatsvinden naar de *sjggz/infant mental health* (IMH), omdat in wetenschappelijk onderzoek bewezen is dat dit in 65% van de gevallen samenhangt met onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid en in 30% met onveilige gehechtheid (Murphy e.a. 2014).

Bij 3 ACE's ligt het percentage onverwerkt-gedesorgani-

seerde gehechtheid op 38%, vergelijkbaar met dat van klinische steekproeven zonder posttraumatische stressstoornis (PTSS). Het is in geval van 3 ACE's aanbevelenswaardig om het onverwerkt zijn van deze ervaringen in te schatten en zo nodig door te verwijzen naar de *sjggz/IMH*. De noodzaak hiervoor wordt mede bepaald door het cumulatieve effect (aantal ACE's), de ernst van de nare

ervaringen, de complexiteit van de gezinssituatie, aanwezigheid van ouderfactoren, en aanwezigheid van kindermishandeling of -verwaarlozing.

Naast het bepalen van het aantal ACE's kunnen de genoemde artsen en hulpverleners een eenvoudige risicotaxatie uitvoeren volgens het NIZW-balansmodel. Bij aanwezigheid van meerdere risicofactoren is nadere, uitgebreide diagnostiek aangewezen bij de sjggz, of IMH-organisatie als het om het jonge kind van 0-6 jaar gaat. Het gebruik van de ACE-schaal en risicotaxatie volgens NIZW-model als screeningsmethoden zou nader onderzocht moeten worden op sensitiviteit en specificiteit.

Kindcheck en vroege risicotaxatie geven de mogelijkheid tijdens de actuele veiligheid te waarborgen en preventieve interventies in zowel de somatiek als de jggz in gang te zetten. Dit is gunstig zoals een meta-analyse laat zien (Wright e.a. 2015). Mogelijk kan goede diagnostiek van gehechtheid een breder perspectief op de gang van zaken geven en daarmee andere oplossingen mogelijk maken.

CONCLUSIE

Gehechtheid is dus geen eenvoudig concept en meting ervan is evenmin eenvoudig. Diagnostiek moet multidisciplinair en intersectoraal zijn en ingebed in een bredere visie op lichamelijke en psychosociale ontwikkeling. Een NVvP-richtlijn voor de diagnostiek van gehechtheid zou gewenst zijn. In alle gevallen vergt diagnosticeren van onveilige, met name gedesorganiseerde gehechtheid gedegen kennis van hechting en uitgebreide training in gebruik, afname en codering van valide en betrouwbare meetinstrumenten.

Laten we vooralsnog zorgvuldig en gericht op risicogroepen onveilig-gedesorganiseerde gehechtheid signaleren omdat hiervan bewezen is dat het samenhangt met onverwerkt verlies of trauma en met transgenerationale overdracht van gedesorganiseerde gehechtheid bij het kind. Ook gaat zo'n onveilige gehechtheid samen met een hogere ACE-score en daarmee met een levenslang verhoogd risico op somatische en psychiatrische morbiditeit en mortaliteit.

 Prof. dr. R.R.J.M. Vermeiren voorzag het manuscript van dit artikel van kritische reflectie en commentaar.

LITERATUUR

- Aber J, Slade A, Berger B, Bresgi I, Kaplan M. The Parent Development Interview. Unpublished protocol. New York: The City University of New York; 1985.
- Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev* 1970; 41: 49-67.
- Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1978.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. pp. 5-25.
- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, e.a. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 174-86.
- Bakel H van. The Working Model of the Child Interview- modified Dutch version. Tilburg: Universiteit van Tilburg; 2011.
- Bakermans-Kranenburg MJ, Schuengel C, van IJzendoorn MH. Unresolved loss due to miscarriage: an addition tot he Adult Attachment Interview. *Attach Hum Dev* 1999; 1: 157-70.
- Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH. Comparing criteria for attachment disorders: establishing reliability and validity in high-risk samples. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 5.
- Boris NW, Zeanah CH. Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 1206-19.
- Bowlby J. Attachment and loss (vol.1, 2de ed). New York: Basic Books; 1969.
- Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. Tavistock professional book. Londen: Routledge; 1988.
- Bretherton I, Ridgeway D, Cassidy J. Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In MT Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings, red. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. Chicago: University of Chicago Press; 1990. pp. 273-308.
- Bronfman ET, Parsons E, Lyons-Ruth K. Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE), Version 2.1. Unpublished manual. Harvard Medical School; 1999.
- Bronfman E, Madigan S, Lyons-Ruth K. Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE): Manual for coding disrupted affective communication (2de ed.) Unpublished manual. Harvard University Medical School; 2008.

- Dekker-van der Sande F, Janssen C. Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag. Best practice voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking. Den Haag: Lemma; 2010.
- Diderich-Lolkes de Beer H. Detection of child maltreatment based on parental characteristics at the hospital Emergency Department. [Proefschrift.] Leiden: Universiteit Leiden; 2015.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, e.a.. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245-58.
- Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. Londen: University College London; 1998.
- Hesse E, Main M. Second-generation effects of unresolved trauma in non-maltreating parents: dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanal Inq Special Issue: Attachment research and psychoanalysis: Theoret consid* 1999; 19: 481-540.
- Hoof MJ van, van Lang NDJ, Speekenbrink S, van IJendoorn MH, Vermeiren RRJM. Adult Attachment Interview differentiates adolescents with childhood sexual abuse from those with clinical depression and non-clinical controls. *Attach Hum Dev* 2015; 17: 354-75.
- Hoof MJ van, Vermeiren, RRJM. Screenen op gehechtheid behoeft getrainde professionals en doorgewinterde meetinstrumenten. [Ingezonden]. *Med Contact* 2015; 41.
- Hsiao C, Koren-Karie N, Bailey H, Moran G. It takes two to talk: longitudinal associations among infant-mother attachment, maternal attachment representations, and mother-child emotion dialogues. *Attach Hum Dev* 2015; 17: 43-64.
- Hughes P, Turton P, Hopper E, McGauley GA, Fonagy P. Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 791-801.
- Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, e.a.. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-months PTSD in the world mental health (WMH) surveys. *Depress Anxiety*, 2014; 31: 130-42.
- Levine LV, Tuber SB, Slade A, Ward MJ. Mothers' mental representations and their relationship to mother-infant attachment. *Bull Menn Clin* 1991; 55: 454-69.
- Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Chapter IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monogr Soc Res Child Dev* 1999; 64: 67-96.
- Lyons-Ruth K. The two-person construction of defenses: disorganized attachment strategies, unintegrated mental states, and hostile/helpless relational processes. *J Infant Child Adolesc Psychother* 2003; 2: 105-14.
- Madigan S, Hawkins E, Plamondon A, Moran G, Benoit D. Maternal representations and infant attachment: an examination of prototype hypothesis. *Infant Ment Health J* 2015; 36: 459-68.
- Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In: Breherton I, Waters E, red. *Growing points of attachment theory and research*. *Monogr Soc Res Child Dev* 1985; 50(1-2, Serial 209): 66-104.
- Mesman J, Linting M, Joosen KJ, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJendoorn MH. Robust patterns and individual variations: stability and predictors of infant behavior in the still-face paradigm. *Infant Behav Dev* 2013; 36: 587-98.
- Murphy A, Steele M, Dube SR, Bate J, Bonuck K, Meissner P, e.a. Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse Negl* 2014; 38: 224-33.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Handreiking bij de meldcode kindermishandeling in de psychiatrie. Utrecht: NVvP; 2011.
- Niccols A, Smith A, Benoit D. The working model of the child interview: stability of the disrupted classification in a community intervention sample. *Infant Ment Health J* 2015; 36: 388-98.
- NVO, NVMW, NIP. Richtlijn problematische gehechtheid. Richtlijnen Jeugdhulp, aanbevelingen voor de praktijk. Leiden: TNO Child Health; 2014.
- Polderman N, Kamphuis M, Stams GJ. Screenen op problematische gehechtheid is hard nodig. *Med Contact* 2015; 29/30: 1410-2.
- Rosmalen L van. From security to attachment. Mary Ainsworth's contribution to attachment theory [proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden; 2015.
- Scheper FY, Abrahamse ME, Jonkman CS, Schuengel C, Lindauer RJL, de Vries ALC, e.a. Inhibited attachment behaviour and disinhibited social engagement behaviour as relevant concepts in referred home reared children. *Child Care Health Dev* 2016; doi: 10.1111/cch.12319.
- Shmueli-Goetz Y, Target M, Fonagy P, Datta A. The Child Attachment Interview: a psychometric study of reliability and discriminant validity. *Dev Psychol* 2008; 44: 939-56.
- Shonkoff JP, Garner AS. Committee on psychosocial aspects of child and family health; Committee on early childhood, adoption, and dependent care; Section on developmental and behavioral pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012; 129: e232-46.
- Slade A, Aber JL, Bresgi I, Berger B, Kaplan M. The parent development interview, revised. Unpublished protocol. New York: The City University of New York; 2004.
- Smyke AT, Zeanah CH Jr. Disturbances of Attachment Interview. Unpublished manuscript. New Orleans: Tulane University School of Medicine; 1999.

- Steele H, Steele M. Ten clinical applications of the Adult Attachment Interview. New York: Guilford Press; 2008
- Stor P, Storsbergen H. Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het herkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Amsterdam: Boom Lemma; 2006.
- Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton TB. Infants response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1978; 17: 1-13.
- IJzendoorn MH van. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull* 1995; 117: 387-403.
- IJzendoorn MH van, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachment disorders and disorganized attachment: similar and different. *Attach Hum Dev* 2003; 5: 313-20.
- World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and related Health problems, 10de rev. Genève: WHO Press; 2010.
- Wright B, Barry M, Hughes E, Trépel D, Ali S, Allgar V, e.a.. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of parenting interventions for children with severe attachment problems: a systematic review and meta-analysis. *Health Technol Assess* 2015; 19: 1-348.
- Zeanah CH, Benoit D, Barton ML. Working Model of the Child Interview. Unpublished manuscript. Providence: Brown University Program in Medicine; 1986.

SUMMARY

Diagnostics of attachment in child and adolescent psychiatry

M.J. VAN HOOF

BACKGROUND Growing concern about how the neglect and abuse of children can be tackled and prevented has led to increased interest in the parent-child relationship and the concept of attachment. It is vitally important that the diagnostics relating to attachment are accurate. One of the main problems is that up till now the parent-child relationship has not been assessed and analysed in accordance with reliable, unambiguous standards.

AIM To search the literature in order to identify the prerequisites for reliable diagnostics of attachment.

METHOD PubMed articles concerning instruments for measuring attachment were reviewed. The found articles were based on more extensive search strategies used in English-language meta-analysis, and included reflections on possible implications of mental health care.

RESULTS Accurate detailed analysis of attachment is particularly important in cases that involve cumulative risk factors. The task must be performed by trained professionals who used thoroughly tested, reliable measuring instruments.

CONCLUSION The application of the concept of attachment in child and adolescent psychiatry is in its infancy. Those applying the concept need to have breadth of vision and evidence-based skills in applying relevant diagnostics.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)9, 546-553

KEY WORDS attachment, attachment representation, child and adolescent psychiatry, diagnostics, treatment