

# Zin en onzin over gehechtheidsontwikkeling

## (On)Behandelbaarheid van problematisch verlopende gehechtheidsontwikkeling

© Anneke Vinke, 2009<sup>1</sup>

Er wordt vaak gesproken over kinderen die gehechtheidsproblemen hebben, zich niet zouden kunnen hechten en soms wordt zelfs een (onbehandelbare?) gehechtheidsstoornis gediagnosticeerd. Wat is nu gehechtheid en wat zijn gehechtheidsstoornissen?

In dit stuk beschrijf ik de ontwikkeling van gehechtheid, laat de fasen van gehechtheid (attachment) kort de revue passeren en tot slot zullen ook gehechtheidsproblemen en de reactieve gehechtheidsstoornis aan bod komen.

### **Wat is gehechtheid?**

Van oorsprong duiden we echter met gehechtheid de duurzame emotionele band tussen een kind en zijn primaire verzorger aan als de gehechtheidsrelatie. Inmiddels is zowel uit onderzoek als behandeling duidelijk dat iedere ontwikkelingsfase in een mensenleven om een vorm van gehechtheid vraagt (Thoomes-Vreugdenhil, 2006). Aldus geldt dat de attachment theorie algemeen geaccepteerd is als ontwikkelingstheorie die het gehele leven van de mens omvat: 'from the cradle to the grave'. Thoomes-Vreugdenhil (2006, p.51) wijst er op dat een mensenleven geleefd wordt in verbondenheid met de ander (ouders/verzorgers) en dat er een verwachting is dat in de volwassenheid intieme relaties aangegaan en vastgehouden kunnen worden. Beoordeling en behandeling van (verstoorde) gehechtheidspatronen dienen vanuit dit perspectief beschouwd te worden.

De basis voor gehechtheidsrelaties wordt in het eerste levensjaar gelegd en ontwikkelt zich verder in de peutersjaren en gedurende het latere leven. Gehechtheid ontstaat wanneer een kind interacteert met voor hem belangrijke volwassenen: er kan dus niet van één gehechtheidsrelatie gesproken worden. Kinderen bouwen gehechtheidsrelaties op met *alle* verzorgers die zij kennen. Wel is er sprake van een verschil in die relaties: sommige zijn sterker dan andere. Dit is vooral afhankelijk van de gemiddelde duur van de aanwezigheid van de verzorger samen met de mate van emotionele beschikbaarheid van de verzorger (sensitieve responsiviteit). Deze sensitiviteit vergt van ouders dat zij zich aanpassen aan de veranderende behoeften van hun kinderen gedurende het leven (Golding, 2008).

### **Hoe ontstaat gehechtheid?**

Gehechtheid ontstaat in de interactie tussen een kind en zijn verzorger(s). Dit begint meteen bij de geboorte van een baby. Er zijn in vier fasen in ontwikkeling van gehechtheid te onderscheiden die achtereenvolgens doorlopen worden (Juffer, 1993)

#### 1. Pre- gehechtheidsfase

*vanaf de geboorte tot enkele weken*

In deze fase reageert de baby wel op de moeder, maar maakt nog geen onderscheid tussen haar en andere mensen. De baby is wel vanaf het begin meer afgestemd op mensen dan op dingen. Zo reageert een baby vaak wanneer iemand dichtbij komt door te kijken of te huilen. Dit 'signaalgedrag' zorgt ervoor dat de nabijheid tussen baby en volwassene wordt bevorderd en wordt daarom al tot gehechtheidsgedrag gerekend.

#### 2. Fase van gehechtheid in wording

*van enkele weken tot ongeveer zes maanden*

De baby maakt vanaf deze fase onderscheid tussen zijn primaire verzorger en andere mensen,. Het gehechtheidsgedrag wordt gericht en het kind ontwikkelt naast signaalgedrag (huilen, kijken) ook ander gedrag zoals reiken.

---

<sup>1</sup> Dit stuk is oorspronkelijk ontstaan in het kader van een themabijeenkomst bij BJJ Utrecht in 2000 en t.b.v. training en scholing aangepast.

### 3. Fase van de eigenlijke gehechtheid *van circa zes maanden tot ongeveer 24 maanden*

Deze fase is van groot belang omdat het kind nu door signaalgedrag en actief gehechtheidsgedrag zelf kan bijdragen aan het contact met de gehechtheidsfiguur. Het kind kan naar zijn moeder toegaan, rollend kruipend of lopend. Hij kan ook bij moeder in de buurt blijven door zich aan haar vast te klampen. Het kind ontwikkelt in deze periode een voorkeur voor een bepaalde gehechtheidsfiguur en vanaf ongeveer 12 maanden spreken we van een band en noemen die gehechtheidsrelatie. Naast het contact met moeder is het kind in deze fase vooral bezig met onderzoeken (exploreren) en actief aan het leren hoe de omgeving om hem heen eruit ziet (manipuleren).

### 4. Fase van het doelgecorrigeerde partner-zijn *vanaf 24 maanden*

In deze fase wordt het kind minder egocentrisch (gericht op zichzelf) en leert rekening houden met zijn opvoeder (veelal moeder). Het kind leert zich inleven in de plannen en ideeën van moeder en is in staat hierin een compromis te zoeken dat voor beiden aanvaardbaar is. Dit vermogen tot onderscheid tussen zichzelf en de ander, wordt in de literatuur aangeduid als mentaliseren. Het kind ontwikkelt reflectie op de eigen wereld en verwerft het vermogen om te reflecteren op de ander 'to read people's mind' (Fonagy & Target, 1997). Er ontstaat een samenhang tussen de interne en externe wereld.

Op de leeftijd van een jaar verschillen kinderen in hun reactie op moeder na een kortdurende scheiding. Deze verschillen in reactie hebben te maken met de verwachting die zij van hun moeder hebben opgebouwd. Een kind dat zijn moeder in het eerste jaar is gaan ervaren als een persoon waarop hij kan vertrouwen en die hem veiligheid biedt, zal op deze ervaring terugvallen ook wanneer zij er even niet is. Het kind ontwikkelt **vertrouwen** in zijn opvoeder/verzorger. Dit gebeurt vooral wanneer deze sensitief responsief is: steeds snel en adequaat reageert op signalen die het kind geeft. Deze verwachtingen van de moeder noemt Bowlby het *interne werkmodel* dat een kind zich heeft gevormd van zijn moeder.

Een kind kan tegelijkertijd verschillende werkmodellen van verschillende personen hebben: het heeft een relatie opgebouwd met meerdere verzorgers dit wordt het *gehechtheidsnetwerk* genoemd.

Kinderen die een positieve verwachting hebben van hun opvoeder noemen we **veilig** gehecht; het kind vertrouwt erop dat moeder in zal gaan op zijn gehechtheidsgedrag en ervaart moeder zo als een veilige basis. In feite ontstaat zo een zelfversterkend proces en wordt het gehechtheidsgedragssysteem steeds minder vaak geactiveerd. Het systeem is er wel, maar er is nu ook ruimte voor ander gedrag zoals exploratie.

Kinderen die geen positieve verwachting hebben van hun primaire opvoeder laten ander gedrag zien. Als moeder niet toegankelijk is, geen veiligheid biedt of onvoorspelbaar of negatief reageerde op het kind komt het kind in een 'nabijheid vermijdend' conflict: het kind wil wel naar moeder toe (gehechtheidsgedrag), maar het weet dat moeder er niet zal zijn voor hem. Het kind kan dan alleen maar ervoor kiezen om de aandacht niet uitsluitend op moeder te richten maar keert zich van moeder af. Deze kinderen heten **onveilig-vermijdend** gehecht. Zij negeren of vermijden moeder door weg te draaien, weg te kijken of uit de buurt te gaan.

Daarnaast zijn er kinderen die hebben ervaren dat hun moeder onvoorspelbaar is: hun gehechtheidsgedragssysteem slaat wel aan maar slaat niet meer af. Soms gaat moeder wel in op het contact zoeken, soms niet. Deze kinderen laten **onveilig-ambivalent** gedrag zien. Deze kinderen tonen weerstand tegen contact en interactie met moeder en uiten zich bijvoorbeeld in verzet en boos gedrag.

Als vierde groep zijn er kinderen bij wie gesproken wordt van **gedesorganiseerde** gehechtheid. Deze laatste groep kinderen lijken in eerste instantie veilig gehecht aan hun verzorger terwijl deze veelal verwaarlozend gedrag vertoont. Het gedrag van het kind

kenmerkt zich door 'desorganisatie' en heeft stukjes van alle andere beschreven typen gedrag. Een gedesorganiseerd kind kan bijvoorbeeld contact zoeken met moeder door achterwaarts naar haar toe te kruipen en vervolgens boos te reageren op het contact.

De gehechtheidstheorie gaat er van uit dat de gehechtheid in de eerste levensjaren de basis legt voor de verdere ontwikkeling van het kind. Bowlby noemt zelfs de kwaliteit van gehechtheid op het einde van het eerste levensjaar een voorspeller voor de kwaliteit van de latere ontwikkeling. Veilige gehechtheid is daarmee belangrijk, maar de gevolgen van bijvoorbeeld onveilige gehechtheid kunnen - zo blijkt uit onderzoek - ook gecompenseerd worden door veilige gehechtheid met andere personen in de omgeving van het kind, bijvoorbeeld door een vader of ander familielid. gehechtheid zegt daarmee vooral iets over de *kwaliteit van een relatie* meer dan een kwaliteit van een persoon: m.a.w. je kan alleen zeggen dat een kind onveilig gehecht is **aan** zijn moeder of **aan** zijn vader. Maar... als een kind met niemand een relatie heeft op kunnen bouwen kan gesproken worden van ontbreken van gehechtheid → deze laatste toevoeging wordt nog al eens vergeten!

Zeanah en Boris (2000) stellen een andere indeling van gehechtheidsproblematiek voor waarbij behalve 'geen hechting' ook stoornissen in de gehechtheidsrelaties zelf (een 'verstoorde gehechtheidsrelatie') tot de hechtingsstoornissen gerekend worden. Zij maken onderscheid tussen:

- *geen hechting*, waarbij het kind er niet in slaagt om een gehechtheidsrelatie met een volwassene op te bouwen;
- een *verstoorde gehechtheidsrelatie*, waarbij er wel gehechtheidsfiguur is voor het kind, maar de relatie hiermee is verstoord;
- een *verbroken gehechtheidsrelatie*, waarbij de eerste gehechtheidsfiguur wegvalt (bv. door ernstige ziekte, echtscheiding, overlijden, adoptie, uithuisplaatsing e.d.).

In deze context, kan vanuit de geschiedenis gesteld worden of er sprake is van een (vermoedelijk) problematisch verlopende gehechtheidsontwikkeling.

### **Wat kunnen de gevolgen zijn van problemen in de gehechtheidsontwikkeling ?**

Diagnostiek van gehechtheidsproblemen is diagnostiek van de relaties tussen (jonge) kinderen en zijn/haar gehechtheidsfiguren. Bij volwassenen kijken we naar relaties tussen volwassenen en andere volwassenen die hen nabij zijn. Dit gebeurt door het afnemen van een ontwikkelingsanamnese en observatie.

Koot (1996) noemt de volgende grove aanwijzingen voor mogelijke gehechtheidsproblemen:

- vroeg optredende voedingsproblemen (ook bekend als (Non - Organic ) Failure To Thrive)
- duidelijke ontwikkelingsachterstand
- tekort aan sociale responsiviteit
- apathie en/of zelfstimulatie

In de observatie om gehechtheidsproblemen vast te stellen, wordt gelet op de manier van troost zoeken door het kind, troost bieden door de verzorger, het vertrouwen op verzorgers voor hulp, genegenheid tonen voor verzorgers, bereidheid tot samenwerking, exploratief gedrag, controlerend gedrag t.o.v. de verzorger. Het gaat erom een patroon te ontdekken meer dan of iets incidenteel voorkomt. Daarnaast moet de clinicus beoordelen of het om een enkele onveilige relatie gaat of om meerdere onveilige relaties. In het laatste geval kan de diagnose 'reactieve gehechtheidsstoornis' gesteld moeten worden.

Bij volwassenen zien we wat Thoomes Vreugdenhil noemt 'problemen aan de basis' - te behandelen met basistherapie. Cliënten geven aan niet voldoende in contact te zijn met zichzelf, dit uit zich o.a. in een laag zelfbeeld, afhankelijk gedrag, twijfel, minderwaardigheidsgevoelens, woedebuien, de controle verliezen, middelengebruik, zelfbeschadiging en dergelijke.

Wanneer angstige onveiligheid overheerst kunnen de volgende probleemgedragingen ontstaan:

verhoogde kans op agorafobie en schoolfobie; bijzondere vormen van zorg uitlokken (bv. suïcide poging doen); voortdurende vraag om zorg van partner; rolomkering in relatie met kinderen (zorg vragen van kinderen); bij rouw langdurig verdriet; zelfverwijt, intense woede, depressie. Andere vormen van onveilige gehechtheid kunnen dwangmatig streven naar

onafhankelijkheid tot gevolg hebben, met als gevolg verhoogde kans op overspanning bij stress, psychosomatische symptomen, depressie; onevenredig veel zorg geven aan eigen partner of kinderen; langdurig uitstel van rouw. Verder worden het onvermogen om een affectieve band met iemand te onderhouden genoemd als ook psychopatisch gedrag of delinquentie, histerie of suicidaliteit.

Bij ambivalente en vermijdend onveilige gehechtheid worden latere gedragsproblemen, problemen met de impulscontrole, conflict en strijd met de verzorgers en problematische relaties met leeftijdgenoten gerapporteerd.

Problemen op de langere termijn lijken er vooral te zijn op het gebied van sociale relaties binnen en buiten het gezin; problemen op cognitief gebied lijken minder sterk samen te hangen met gehechtheidsproblematiek.

Bij volwassenen kunnen angsten, twijfel, afhankelijkheid, niet in staat zijn relaties vast te houden, grillig gedrag, dissociatie en dergelijke voortkomen uit een problematische gehechtheidsontwikkeling (Thoomes Vreugdenhil, mond. comm. 2007).

Maar.... een deel van de gevonden problemen wordt ook *toegeschreven* aan de gehechtheidsproblemen: hoe de exacte verhouding tussen gehechtheidsproblematiek, ontwikkelingsrisico's en andere zaken zoals life-events om er maar een te noemen, is weten we (nog) niet. Bij beoordelen, intake en matching van aspirant adoptie ouders is het mede daarom zaak om eventuele risico's op andere vlakken te beperken.

### **(Hoe) kunnen we gehechtheidsstoornissen behandelen?**

Belangrijk voor de prognose is toch het ontstaan van de gehechtheid: hoe eerder een plaatsing in een instituut plaatsgevonden heeft hoe moeizamer de gehechtheid op gang is gekomen, hoe moeilijker de behandeling. Dit geldt eveneens voor veel overplaatsingen in de eerste levensjaren.

Langzaam komt onderzoek op gang naar effecten van behandelingsstrategieën bij gehechtheidsproblemen. Opvallend is dat men vooral voorspelbaarheid van de verzorgers, basisvoorwaarde voor een kind om vertrouwen te ontwikkelen centraal stelt. Maar juist veel emotionaliteit en warmte is snel te veel voor kinderen met gehechtheidsproblemen. Soms is het nodig om vanuit afstand te komen tot nabijheid. Voor een aantal kinderen zal dit betekenen dat via een leefgroep of gezinshuis plaatsing eventueel weer teruggewerkt kan worden naar een gezin. Of dat juist in een gezin de ontwikkeling van de relatie ondersteund wordt door individuele of ouder-kind therapie.

Het idee dat gehechtheidsstoornissen per definitie niet te behandelen zijn is in elk geval niet juist. Ook hier moet per kind gekeken worden en zijn factoren als leeftijd, cognitieve vermogens e.d. mede bepalend voor het vaststellen van behandeldoelen.

Er zijn de laatste jaren diverse interventies ontwikkeld en (in kleine groep) onderzocht die veelbelovend lijken, zoals fase- en basistherapie, mentalization based treatment en mentaliseren bevorderende kindtherapie.

In de bijlage is een tabel opgenomen met een (niet volledige) inventarisatie van mogelijkheden voor behandeling van (ernstige) gehechtheidsproblemen met name in relatie tot adoptie/pleegzorg ( gebaseerd op Janssen, 2008)

### **Wat weten we nog niet over gehechtheidsstoornissen?**

We weten nog niet veel over het lange termijn beloop van deze stoornissen: wat kan overgaan door het vormen van andere relaties en hoe verandert het intern werkmodel zowel ten voordele als ten nadele gedurende de levensloop.

We weten ook niet op welke leeftijd we kunnen/mogen zeggen dat de gehechtheidsproblemen zo groot en zo verankerd zijn dat er sprake is van onomkeerbaarheid/onbehandelbaarheid. In mijn optiek is er altijd behandeling mogelijk zodat de persoon in kwestie minder last (lijdensdruk) ervaart van zijn of haar verleden.

### **Wat betekent dit nu voor kinderen die overgeplaatst worden**

Wat mij betreft geldt dat er heel goed gekeken moet worden naar de kwaliteit van de interactie tussen moeder/opvoeder en kind, de reactie van moeder op kind en kind op moeder waarbij vooral de manier waarop zij op elkaar reageren een indicator is voor een veilige of onveilige band. Wanneer gehechtheid niet op gang komt of kan komen (bv. ten gevolge van

ouderproblematiek), kan dit een ernstig risicofactor zijn voor het ontstaan van latere problematiek. Indien mogelijk zou de eigen gehechtheidsontwikkeling van de ouder meegenomen kunnen worden bij beoordeling van een al dan niet 'good enough' opvoedingssituatie.

© Anneke Vinke,  
GZ psycholoog

*Bronnen:*

- Bakker-van Zeil, T. (1999). *Vertrouwen in adoptie - hechten en loslaten (video)*. Utrecht: Metropolis film.
- Boris N.W. & C.H. Zeanah and the Work Group for Quality Issues of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-19,
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H. (1999). Disturbances and disorders of attachment in infancy: An overview. *Infant Mental Health Journal*, 20, 1-9.
- Golding, K., (2008). *Nurturing Attachments*. London: Jessica Kingsley.
- Jansen, A. (2008). *Gehechtheid in beweging. Een exploratief scriptieonderzoek naar werkzame elementen van de Sherborne Developmental Movement methodiek in de begeleiding van adoptiegezinnen*. Leiden: unpublished Master Thesis AGP-D.
- Juffer, F. (1993). *Verbonden door adoptie. Een experimenteel onderzoek naar gehechtheid en competentie in gezinnen met een adoptiebaby*. Amersfoort: Acco.
- Koot, J.M. (1996). Reactieve gehechtheidsstoornis. In J.A.R. Sanders-Woudstra, F.C. Verhulst & H.F.J. de Witte (Red.). *Kinder-en jeugdpsychiatrie. Psychopathologie en behandeling (I)*. Assen: Van Gorcum.
- Thoomes-Vreugdenhil A. (red.) (2006). *Behandeling van hechtingsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van IJzendoorn (1994) *Gehechtheid van ouders en kinderen*. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum.
- Verhulst, F.C. (1997). *Inleiding in de kinder-en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Zeanah, C.H. & N.W. Boris (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In: Zeanah, C.H. (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford.

Overzicht mogelijke interventies gericht op gehechtheidsontwikkeling/bevordering adoptiehulpverlening anno 2009 – werktabel, kan worden aangevuld als er meerdere interventies bij komen (uit: Jansen, A. (2008); aangevuld AV(2009))

Interventie	Gericht op	Werkwijze	Doel
<b>VIB (Video Interactie Begeleiding)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ ouders en kind</li> <li>⇒ bevorderen van de gehechtheidsrelatie;</li> <li>⇒ preventieve vorm van opvoedingsondersteuning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ opnemen en bespreken van video-opnames;</li> <li>⇒ in beeld brengen van positieve interacties;</li> <li>⇒ een ontwikkelingsgerichte en activerende werkwijze naar de ouder;</li> <li>⇒ ouder-kind-interactie kort filmen (± 15 minuten), VIB'er analyseert de opname a.d.h.v. een schema van elementen van basiscommunicatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ verbeteren en uitbouwen van de communicatie tussen ouder en kind en het verhogen van de ouderlijke responsiviteit;</li> <li>⇒ ondersteuning bieden bij de ingroei van adoptiekind (eren) in het gezin</li> </ul>
<b>VIPP -SD (Videofeedback Intervention to Promote Positive Parenting Sensitive Discipline)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ ouders</li> <li>⇒ kind met gedragsproblemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ geven van persoonlijke videofeedback;</li> <li>⇒ brochures over sensitief reageren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ ouders stimuleren om positiever gedrag te ontwikkelen in de omgang met hun kind;</li> <li>⇒ verhogen sensitiviteit ouder gedragsverandering teweeg brengen</li> </ul>
<b>Mentaliseren Bevorderende Kinder therapie / Mentalisation Based Therapy (volwassenen)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ kind en ouders (MKBT)</li> <li>⇒ volwassenen (MBT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ psycho-analytische therapie</li> <li>⇒ spel vormen (MKBT)</li> <li>⇒ ouderbegeleiding (MKBT)</li> </ul>	<p>MKBT: opheffen van de barrières die het kind beletten om psychisch door te groeien.            MBT: persoon ontdekt hoe hij over zichzelf en anderen denkt, wat hij daarbij voelt en hoe dat zijn reacties op anderen bepaalt</p>
<b>Differentietherapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ kind</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ via eetspel; therapeut benoemt de verschillende smaakvormen;</li> <li>⇒ vervolgens ook in het gezin gaan benoemen en oefenen met differentiëren</li> <li>⇒ bestaande problemen aanpakken (allemandvriend, geen begrenzing, geen verschil zien tussen volwassenen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ het kind leren differentiëren (verschillen waarnemen);</li> <li>⇒ kan het kind eenmaal differentiëren, dan wordt overgegaan op fasetherapie</li> </ul>
<b>Fasetherapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ ouders en kind</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ spel;</li> <li>⇒ kind mag weer baby zijn (op afgesproken momenten).</li> <li>⇒ ouders werken 2 tot 3 keer per week 10 minuten met het kind</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ nabijheidsvormen van elke ontwikkelingsfase opnieuw ervaren;</li> <li>⇒ zelfwaardering ontwikkelen;</li> <li>⇒ gemiste ontwikkelingen (waardoor gehechtheidsstoornissen zijn ontstaan) worden alsnog aangereikt</li> </ul>
<b>Basistherapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒volwassene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒cliënt centered methoden</li> <li>⇒focussen (Gendlin)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒basisvertrouwen ontwikkelen</li> <li>⇒leren ervaren van nabijheid van de ander</li> <li>⇒oplossen innerlijke conflicten</li> <li>⇒mentaliseren</li> </ul>

Interventie	Gericht op	Werkwijze	Doel
-------------	------------	-----------	------

<b>Psychomotorische therapie</b>	⇒ kind ⇒ eenheid van lichaam en geest (als middel om kind te beïnvloeden)	⇒ bewegingsactiviteiten; ⇒ spel	⇒ motorische achterstand verminderen; ⇒ sociaal gedrag stimuleren; ⇒ zelfwaardering bevorderen; ⇒ zelfvertrouwen bevorderen; ⇒ contact en aanvaarding eigen lichaam; ⇒ zich veilig leren voelen
<b>Lichaamsgerichte psychotherapie</b>	⇒ de moeder-kind diade	⇒ het leren en oefenen van, voor beide partijen, bevredigende vormen van interacties tussen de ouder en de therapeut en tussen ouder en kind; ⇒ moeder moet inzicht krijgen; nieuwsgierig zijn naar zichzelf en eventuele interne conflicten; affectie laten zien voor haar kind	⇒ moeder en kind ervaren de corrigerende gehechtheidservaringen binnen de therapeutische relatie
<b>Gehechtheidsbevorderende speltherapie (theraplay)</b>	⇒ ouder en kind ontwikkelen en bevorderen van gehechtheid	⇒ spel gebaseerd op structuur, uitdaging, betrokkenheid, zorg voor het kind	⇒ bevorderen gehechtheid; ⇒ bevorderen opvoedingsvaardigheden ouder; ⇒ bevorderen (zelf)vertrouwen kind; ⇒ kind en ouders leren samen plezier te maken en van elkaar te genieten
<b>Sherborne bewegingsmethode</b>	⇒ ouder en kind	⇒ bewegingsspelletjes ⇒ relatiespelletjes	⇒ bewustwording van eigen lichaam; de ruimte en van anderen; ⇒ contact, plezier en individuele groei; ⇒ gevoelens van veiligheid en eigenwaarde opbouwen; als de bouwstenen voor gehechtheid

In de Databank effectieve jeugdinterventies, is alleen VIPP-SD erkend door de Erkenningscommissie Interventies  
 Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 28/11/2008  
 Oordeel: Theoretisch goed onderbouwd. Alle overige interventies zijn niet opgenomen in de Databank. <http://www.jeugdinterventies.nl/>