



De werkwijze van ZO!-zorgoplossingen bij hechtingsproblemen

ZO!-zorgoplossingen
Dagpoli Hechting & Trauma
Traject Zorg Hechting

Tekst; Jan de Vries

Dit artikel is gepubliceerd in het blad De Knoop, 12^e jaargang no 1, 2010 en het blad "Het kind eerst" no 1, 2010

Hechtingsproblemen ontregelen een kind, ouders en gezin. Er is een veelheid van hulpvormen die worden ingezet en allen succes claimen. Gezinnen waarin hechtingsproblemen spelen hebben vaak door de tijd heen met veel hulpverleners en instellingen te maken. Met elk een eigen taal, visie en werkwijze. Vanuit onze praktijk richten we ons op trajectzorg, omdat versnippering van zorg juist de aandoening in stand houdt. In dit artikel beschrijf ik de manier waarop wij kijken naar hechtingsproblemen en de manier waarop wij er mee werken.

Introductie van de praktijk

ZO!-zorgoplossingen is een kleinschalige particuliere groepspraktijk van zorgverleners met diverse disciplines. Er werken 3 psychologen/orthopedagogen, 2 sociaal pedagogisch hulpverleners, een psychiatrisch verpleegkundige, een ergotherapeut, een creatief therapeut en een docent/psycho-diagnostisch medewerker. De teamleden hebben eerder gewerkt binnen de 2^e en 3^e lijns zorg, onder andere de GGZ, Therapeutische Pleegzorg, Adoptie Voorlichting & Voorbereiding, revalidatie, residentiële zorg, LVG zorg, traumacentra en justitiële inrichtingen.

De groepspraktijk richt zich als specialisatie op diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen, jongeren, jong-volwassenen en hun gezinnen die te maken hebben met klachten vanuit hechting en/of trauma. Regelmatig gaat het hierbij om mensen met een adoptie-ervaring of andere gezinnen met een niet biologische verwantschap, zoals fusiegezinnen en pleeggezinnen. Hiernaast omvat het een groep mensen die door ingrijpende levenservaringen in de kindertijd (ziekte, ziekenhuisopname, overlijden ouder e.d.) problemen rond hechting hebben. Bij de traumaklachten gaat het vaak om een opeenvolging van belastende gebeurtenissen in de (vroege) kindertijd, zoals verwaarlozing, mishandeling, misbruik en geweld, waardoor er een vermenging met hechtingsproblemen is ontstaan.

Cliënten kunnen zich zelf aanmelden. Vrijwel altijd is er eerder zorg geweest bij de Jeugdhulp, GGZ, speciaal onderwijs enz. We werken speciaal voor kinderen, jongeren en jong volwassenen tot ongeveer 25 jaar. Op beperkte schaal geven we zorg aan volwassenen met hechtingsproblemen. De praktijk zit in Leeuwarden. Cliënten komen overwegend uit de drie Noordelijke provincies. Voor diagnostiek, contra-expertise, advies en kortdurende interventies komen cliënten ook van elders uit het land. De diagnostiek clusteren we op 1 werkdag in de zogenaamde Dagpoli Hechting & Trauma.

Naast de specialisatie is er een lokaal aanbod voor problemen rond emotionele klachten, gedragsproblemen, ontwikkelingsstoornissen en meer afgebakende traumaklachten. De



algemene expertise die er hierdoor binnen het team is, maakt het bij uitstek geschikt om kinderen, jongeren en jongvolwassenen met de meer complexe beelden rondom hechting en/of trauma te ondersteunen op verschillende deelgebieden.

Klachten en terminologie

Kinderen en jongeren met problemen rondom hechting en/of complex trauma worden vaak aangemeld met meerdere klachten, diagnoses en omschrijvingen. Er zijn bij het kind of jongere in lichte of ernstige vorm problemen rond gedrag (bijvoorbeeld opstandig, impulsief, claimend gedrag, seksueel risicovol gedrag, zelfbeschadiging, achterlopen in basale vaardigheden rond zelfverzorging), emotie (bijvoorbeeld somberheid, stemmingswisselingen, vlak gevoel, woede-uitbarstingen, extreme angsten), cognitie (bijvoorbeeld aandachtstekort, geheugenproblemen, slecht plannen, leerachterstanden), sociaal (bijvoorbeeld geen of veel wisselende vriendschappen, sociale conflicten, delinquentie) en zelfbeeld (bijvoorbeeld gevoel van inwisselbaar zijn, nog weinig zelfgevoel). Ouders en overige gezinsleden zijn vaak aan het einde van hun Latijn en er is veel opvoedingsonmacht. Van de weeromstuit komen hierdoor ook vaak persoonlijke problemen of relationele problemen bij ouders en de andere kinderen naar voren. Een grote groep ouders is bij aanmelding door schade en schande handig geworden in het omgaan met de dagelijkse problemen, maar realiseren zich dat ze er hiermee niet komen. Een andere groep ouders zitten met de handen in het haar, al dan niet in gang gezet door de zoveelste gebeurtenis.

Op de diverse klachten zijn veel termen en diagnoses los te laten. Vaak komen cliënten met een waslijst aan afkortingen binnen of kunnen die alsnog gegeven worden. Naast de formele classificaties als bijvoorbeeld ADHD, PDD-NAO, gedragsstoornis, depressieve stoornis, posttraumatische stress-stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, reactieve hechtingsstoornis van de jonge kindertijd en ouder-kindrelatieprobleem, worden er ook vaak minder eenduidige begrippen gebruikt als hechtingsstoornis, hechtingsprobleemⁱ, relatiestoornisⁱⁱ, geen bodem syndroomⁱⁱⁱ enz. Al deze termen kloppen meestal vanuit hun eigen kader, maar de optelsom maakt het niet overzichtelijker of geeft geen duidelijke richting aan wat er nu moet gebeuren.

Visie op problemen rond hechting

Hechtingsproblemen verstoren het samenzijn met de ander en met jezelf. Het gaat om een basaal patroon van opvattingen over wat je kan verwachten van de ander en hiermee samenhangend, over jezelf. Het is een patroon wat voortdurend aanwezig is, maar vaak niet bewust wordt ervaren. Het is ontstaan in de wisselwerking tussen jou als persoon (inclusief je eigen aanlegkenmerken) en je omgeving, in met name de eerste zes jaar van je leven. Later kunnen ze verder worden bekrachtigd of gecorrigeerd. Werken met hechtingsproblemen is dan ook geloven in de mogelijkheid van verandering op de lange termijn.

Het verwarrende is dat mensen, bij wie dit patroon zo hinderlijk voor henzelf en hun ontwikkeling is dat wij het een stoornis noemen, dit patroon zelf "ervaren" als goed. Of zoals Nelleke Polderman elf jaar geleden omschreef; Een kind met een hechtingsstoornis ziet het als zijn belang zich niet te hechten^{iv}. Het beschermt zichzelf op deze manier tegen nieuwe afwijzingen en de hiermee horen angstige gevoelens. Als we ons ook maar enigszins kunnen inleven in de wanhoop die onder dergelijke patronen ligt, kunnen we de kinderen en jongeren die bij ons in zorg zijn geen ongelijk geven dat ze hebben "besloten" zich "nooit meer te hechten" of in ieder geval een "gezonde" relationele afstand te houden. Aan ons de taak om hen te verleiden tot een positie waarin ze hun opvattingen een beetje los durven te laten om nieuwe informatie binnen te laten. Dit "binnen laten komen" kan niet afgedwongen worden. Het is alleen mogelijk in een als veilig ervaren context, waarbij de persoon in kwestie voldoende controle heeft om niet door angst te hoeven worden overspoelt.



Visie op zorg

Voor complexe problemen zijn geen eenvoudige oplossingen. Het betekent niet dat je geen eenvoudige oplossingen moet inzetten, maar je moet je realiseren dat je steeds slechts een klein aspect van het hele probleem probeert te beïnvloeden. Werken aan een beeld van problemen in het basale vertrouwen ten opzichte van de ander en hiermee samenhangend, het basale vertrouwen ten opzichte van zichzelf, vraagt langdurige zorg. Het duurt lang voordat iemand zijn eigen patroon kan bijstellen. In de tussentijd doen zich diverse actuele problemen voor. We kunnen hierbij denken aan conflicten thuis, met leeftijdsgenoten, studieproblemen enz. Deze klachten moeten ook beïnvloed worden om te voorkomen dat het hele functioneren slechter gaat. Bij het werken aan de actuele klachten moeten de zorgverleners zich steeds bewust zijn dat de lange termijn strategie gericht is op het beïnvloeden van de onderliggende dynamiek rondom vertrouwen en wantrouwen. De interventies in het hier en nu moeten daar steeds op afgestemd zijn. Er moet minimaal een gedachte zijn hoe de huidige interventie bijdraagt aan het lange termijn doel. Ook de vorm en inhoud van de zorg moet in overeenstemming zijn. Dit betekent dat een zorgverlener aanwezig moet kunnen blijven, ook als het ogenschijnlijk om problemen gaat die niet binnen de geboden zorg passen. Werken aan vertrouwen betekent dat ook de zorgverlener een lange adem moet hebben en er binnen het team van zorgverleners samenhang moet zijn.

Hechtingsrepresentatie en hechtingsstijl

In de dagelijkse praktijk werken wij met het begrip hechtingsrepresentatie (je innerlijke plaatje over wat je kan verwachten) en hechtingsstijl (het hiermee samenhangende automatische gedragspatroon). Iedereen heeft een hechtingsrepresentatie en hechtingsstijl als grondpatroon. We volgen de indeling uit de hechtingstheorie; veilig, vermijdend, afwerend en gedesoriënteerd. Bij volwassenen is de indeling; autonoom, gereserveerd, gepreoccupeerd en onverwerkt. Deze indeling komt niet overeen met de psychiatrische etiketten, maar kan er naast bestaan. Praten en werken met de begrippen hechtingsrepresentatie en hechtingstijl zet de stoornis op een schaal van normaal tot gestoord. Hiermee wordt de persoon met de aandoening deel van de menselijke gemeenschap, omdat iedereen er in meerdere of mindere mate last van heeft. We kunnen hiermee vanzelfsprekend ook kijken naar dat de hechtingsrepresentatie en stijl in de ene relatie en situatie meer getriggerd wordt dan in de andere. Het wordt ook vanzelfsprekend te kijken naar de hechtingsrepresentatie en van de ouders, overige gezinsleden en de in het systeem werkende zorgverleners. Hechtingsrepresentaties en hechtingsstijlen kunnen elkaar versterken. Hierdoor kan er onbedoeld meer verwijdering ontstaan of juist kansen worden geboden voor corrigerende ervaringen.

Het is lastig om te bepalen wat iemands "innerlijke plaatje" is. Er zijn geen voldoende betrouwbare onderzoeksmiddelen voor kinderen, jongeren en volwassenen. Vanuit onze verkenning van het beeld met gedragsvragenlijsten, verkennen van ingrijpende gebeurtenissen, trauma's, ontwikkelingsverloop, relatiegeschiedenis, actuele klachten en functioneren, zelfbeeld en zelfbeleving, psychologisch testonderzoek, observaties, informatie van kind/jongere, ouders en school komen we samen met ouders en (in geval van wat oudere kinderen) de jongere tot een hypothese over de hechtingsrepresentatie. Deze hypothese is de spil van de zorg. Opvallend vinden we dat deze hypothese lucht geeft aan ouders en de jongere. De onderliggende dynamiek wordt met deze hypothese zichtbaar. Problemen zijn hierdoor niet anders, maar er kan een andere betekenis aan worden gegeven.

Aan het werk

Het met ouders, kind/jongere en waar nodig en mogelijk met school of andere betrokkenen komen tot een goede beschrijving van wat er speelt is een belangrijke



eerste stap. Als mensen van ver komen proberen we alle onderzoeken, verkennende gesprekken en observaties op 1 dag te bundelen in de Dagpoli Hechting & Trauma. Bij cliënten die minder ver hoeven te reizen of het liever willen spreiden, gebruiken we hier enkele weken voor.

Als mensen bij ons in zorg blijven gaan we aan de slag met een handelingsplan. Voor cliënten die ver weg wonen kunnen we als adviseurs/behandelcoördinator op afstand beschikbaar blijven.

We maken gebruik van interventies gericht op verschillende gebieden met een lange termijn planning. Als basis voor onze interventies maken we gebruik van de richtlijn "diagnose en behandeling bij reactieve hechtingsstoornissen" van de AACAP". Het behandeldeel van de richtlijn noemt 3 minimale standaarden waar aan moet worden voldaan. Het kind moet een veilige stabiele plek hebben. Er moeten positieve interacties met verzorgers worden gecreëerd en het kind moet een emotioneel beschikbare hechtingsfiguur krijgen.

Perspectief

Voor zover het niet of niet voldoende duidelijk is of de plek van het kind veilig en stabiel is, richten we ons eerst hier op. Onze ervaring is dat ouders/opvoeders dit graag willen blijven bieden, maar door alle onmacht twijfelen of het haalbaar blijft. Samen maken we een perspectief om naar toe te werken, gericht op een zo goed mogelijke groei van hun kind en erkenning van hun inzet.

In situaties van (langdurige) pleegzorg zal er extern duidelijkheid moeten zijn of komen over het perspectief. Zonder perspectief dat je kan blijven wonen bij je pleegouders of verzorgers is er bij kinderen niet te werken aan hechting. De onzekerheid dat "mensen niet voor je blijven zorgen" is de kern van een hechtingsprobleem.

Bij jongeren kan het wel zinvol zijn om, afhankelijk van de actuele problemen en draagkracht, op een gegeven moment een tijdelijk elders wonen of vervroegd "op kamers gaan" te gaan bespreken. Dit om de relatie niet nog verder te belasten en op termijn kansen op contact in stand te houden. Er kan dan worden aangesloten op de dynamiek die ook bij andere pubers aanwezig is om het "zo normaal als mogelijk" te laten verlopen.

Stabiliseren op gedragsniveau

Vanuit het doel om de stabiele plek te versterken en positieve interacties mogelijk te maken of te versterken, gaan we eerst proberen de draagkracht binnen het gezinssysteem te verhogen. Als er heftige dagelijkse conflicten zijn, gaan we via ouderbegeleiding of gezinscoaching op gedragsniveau deze onrust verminderen. Met ouders kijken we naar de patronen en de hechtingsrepresentaties die steeds weer conflicten veroorzaken. Met het gedrag, is het kind of de jongere met de aandoening, de persoon die als het ware "achter de knoppen zit". Met zijn of haar gedrag ontstaat er voortdurend een overflow aan reacties, waarbij de ouders emotioneel uit balans geduwd worden en het kind zich weer veilig waant. Het kind meent immers dat relationele afstand beter is dan nabijheid. Begeleiding is erop gericht dat de ouders weer "achter de knoppen" komen te zitten. Meestal lukt dit door een tijd lang meer emotioneel neutraal te reageren op negatief gedrag. Ook kijken we naar de uitkomsten uit het psychologisch onderzoek, waarbij we een analyse over de informatieverwerkingstijl van het kind hebben gemaakt. Regelmatig zien we dat kinderen een fors disharmonisch profiel hebben, waardoor informatie vooral verbaal of vooral juist non-verbaal versterkt binnen komt en er aandachtsproblemen of geheugenproblemen zijn. In welke mate dit samenhangt met de belaste ervaringen weten we niet. Uit een behandeling in samenwerking met revalidatie Friesland van een jongere met een traumatische ervaring, bleek dat er een grote uitval was op ruimtelijk inzichtelijke taken en concentratie die



voorheen niet aanwezig was. Na behandeling bleek dit verschil bij een hertest te zijn herstelt^{vi}. Ook literatuur meldt cognitieve problemen bij getraumatiseerde kinderen^{vii}. Bij geadopteerde kinderen zien we vaak een zwak taalbegrip, ondanks een voldoende goede woordenschat in het Nederlands. Ongeacht de oorzaak geven de uitkomsten op de testen handvaten voor het dagelijks handelen, omdat het verwijst naar hoe het kind of jongere informatie nu verwerkt.

In de dagelijkse opvoeding gaan we proberen eten, slapen, zelfverzorgingen en school zo conflictloos als mogelijk te laten verlopen als basisstrategie voor de verdere zorg. Dat ouders hierbij veel ondersteuning nodig hebben en erkenning van hun eigen gevoel is vanzelfsprekend. Het betekent vaak niet meer in gaan op gedrag wat op termijn wel om een oplossing vraagt. We bespreken dat het een tijdelijke strategie is, om rust te krijgen en de verhoudingen te herstellen. Ouders moeten verdragen dat ze een tijd lang dingen laten liggen, die je anders in de opvoeding wel zou doen. Dit is extra lastig als andere kinderen in het gezin wel een "normale" opvoeding aan kunnen. We zoeken hiervoor een oplossing. Ouders komen in deze periode vaak ook bij hun meestal eigen beschadigde gevoel door de problemen. In de ouderbegeleiding is hier aandacht voor.

Soms is het handig om een kind of jongere zo nu en dan bij anderen te laten logeren, bij voorkeur binnen het eigen netwerk. Zowel kind als ouders kunnen hierdoor even los komen van de directe druk.

Het kind of de jongere krijgt een individueel contact aangeboden bij een andere zorgverlener dan de ouderbegeleider of gezinscoach. Bij kleine kinderen volstaat ouderbegeleiding of gezinscoaching in de begin fase.

In de contacten met het kind of jongeren staat de beleving van het kind of de jongere centraal, kan hij zijn eigen verhaal doen en wordt er gaandeweg ingezet op het helpen zicht te krijgen op gevoelens, gedachten en het gedrag bij zichzelf en anderen. Deze contacten zijn steunend en, later in het traject, bij perioden ontdekkend. Naast de inhoud van het contact is de relatiehantering en relatiehandhaving een doel op zich. We proberen met het kind of de jongere een relatie op te bouwen waarbij hij of zij zich erkent en gekend voelt en er ondanks al zijn gedrag "er mag zijn". We zien de relatie tussen kind/jongere en zijn zorgverlener, naast het beïnvloeden van de primaire relatie tussen kind en ouders, als een extra kans voor het opdoen van corrigerende ervaringen rond hechtingsrepresentatie. Dit vraagt van de zorgverlener dat hij lange tijd contact kan blijven aanbieden, de soms verwarrende gehechtheidsignalen van het kind/jongere kan interpreteren en hanteren en zijn eigen gehechtheidrepresentatie kan hanteren.

Afhankelijk van de actuele klachten kan het kind of jongere, vooral bij de start van de zorg, ook een training op gedragsniveau krijgen. Bij voorkeur ingevoegd binnen de individuele contacten. Voorbeelden zijn; "minder boos en opstandig" (bij opstandig gedrag), Remweg training (bij impulsiviteit), Amsterdamse Training voor Aandacht en Geheugen (bij aandachtsproblemen), Emotie Regulatie Training (voor pubers met forse stemmingwisselingen) en het verbeteren van relaties met andere kinderen via bijvoorbeeld een sociale vaardigheidstrainingen (met bijvoorbeeld aandacht voor leren kritiek geven en kritiek krijgen) of een Theory of Mind Training (verbeteren inzicht in wat anderen denken en voelen). Als er traumatische klachten zijn vanuit een recente gebeurtenis of overheersende traumatische klachten vanuit een vroegere gebeurtenis, dan wordt hier behandeling op ingezet met bijvoorbeeld EMDR, Horizon programma Huiselijk Geweld, Horizon programma Seksueel Misbruik^{viii} enz. We geven ook praktische ondersteuning als dit helpt het dagelijkse functioneren beter te laten verlopen. We overleggen met school, sportclub, helpen bij het zoeken van een bijbaantje enz.

Verdieping



Als dagelijkse conflicten afnemen en de draagkracht toeneemt kunnen positieve interacties en sensitief gedrag van ouders worden versterkt met middelen als Video Interactie Begeleiding, Watch-Wait-Wonder principes enz.

Vaak zien we dat na het afnemen van de conflicten het kind meer psychische klachten krijgt of dat hier meer zicht op komt. De door het kind of jongeren "bedachte oplossing" om gevoelens van onveiligheid af te weren werkt namelijk niet meer goed. Er kan een ontregeling, toenemende somberheid, toename van angsten, vaardighedenverlies bij kinderen of meer gedragsproblemen bij jongeren optreden. Op deze momenten zijn de individuele contacten met het kind of de jongere en de samenwerking tussen ouders en hun begeleider inmiddels stevig. Er kunnen meer therapeutische interventies worden ingezet vanuit een nauwe samenhang tussen het kind/jongere, therapeut, ouders en ouderbegeleider.

De ouder kan wel beschikbaar zijn als hechtingsfiguur, maar dit betekent niet het kind of de jongere dit toe kan laten. Uiteraard is dit de essentie waar we het voor doen; het creëren van en laten binnen komen van corrigerende ervaringen ten aanzien van zorg en zelfbeeld. Het kind of de jongere moet kunnen ervaren, zonder door angst te worden overspoelt. Bij angst wordt immers de primaire hechtingsrepresentatie ingezet en bevestigd, zonder dat de corrigerende ervaring wordt "opgeslagen" in het eigen systeem.

Afhankelijk van de dynamiek en het beeld bij het kind kan differentietherapie, fasetherapie, EMDR, Serbourne Bewegingstherapie enz. worden ingezet. Bij jongeren is er vaak een meer cognitief gerichte focus, waarbij vanuit een voor hen veilige afstand nu en dan positieve ervaringen rondom zorg en zelfbeeld worden bevestigd en worden geïntegreerd binnen de totale zorg.

Effecten

Door bovenstaande schets lijkt het alsof trajecten schematisch en op een zelfde manier verlopen; vaak geven de kinderen en jongeren daar geen kans voor, omdat er gebeurtenissen zijn waardoor de plannen weer moeten worden bijgesteld. We sturen dan bij en blijven gefocust op het lange termijn doel van het bijstellen van de hechtingsrepresentatie en de hechtingsstijl. Diverse interventies komen steeds terug waarbij we contact en zorg blijven aanbieden.

Op het niveau van deelinterventies maken we gebruik van in meer of mindere mate geprotocolleerde methoden die 'evidence based' zijn. Helaas is het niet zo dat de som van meerdere 'evidence based' methoden een groter effect heeft. De effecten van de afzonderlijke methoden zijn ook niet zondermeer te transporteren naar onze groep. De gemelde positieve effecten bij de afzonderlijke methoden zijn meestal ook slechts aangetoond bij een minder problematische groep dan de onze. Onze ervaring is dat alleen langer durende zorg effectief is, ook op het niveau van deelinterventies. Soms kunnen we een systeem met een korte eenmalige interventie (bijvoorbeeld een onderzoek) weer op weg helpen, maar dan is wel verdere zorg elders nodig. Meestal hebben we, met tussenposen, enige jaren contact met de kinderen en jongeren die bij ons in zorg zijn.

Onderzoek^x laat zien dat het effect van zorg vooral wordt bepaald door de visie van de cliënt op de relatie met de zorgverlener, met name of de cliënt zich begrepen voelt. Een relationeel aspect met verwijzing naar sensitief reageren van de zorgverlener, waar het juist bij cliënten met problemen in de hechtingsrepresentatie om gaat. Dat deze groep kinderen en jongeren juist ondanks hun relationele problemen toch lange tijd bij ons in zorg blijven (terwijl het contact ook verbroken kan worden) en meer stabiel gaan functioneren zien wij als een belangrijk effect. Probleem is dat er geen goede maat en methode is om op een gemakkelijke wijze in een klinische setting vast te stellen of ook



de hechtingsrepresentatie is gewijzigd. Hiernaast bestaat de vraag wanneer het "goed genoeg" is. Een klinisch waarneembaar effect (welke wel eenvoudig meetbaar is in gedragslijsten) is een meer stabiel functioneren en toenemend welbevinden bij kind/jongere en ouders. Na de verdieping wordt dan ook een nieuwe status-quo bereikt, waarmee cliënten meer tevreden zijn.

ⁱ Schuengel C, Slot W, Bullens R, (2003), Gehechtheid en kindbescherming, juridische relevantie van gedragswetenschappelijke onderzoeksbevindingen, SWP Amsterdam.

ⁱⁱ Lange G. de, (2001) "Relatiegestoorde kinderen, twee opvoedingswijzen bij hechtingsstoornissen, Koninklijke van Gorcum, Assen.

ⁱⁱⁱ Egmond van G, (1987) Bodemloos bestaan, Problemen met adoptiekinderen, Uitgeverij Ambo b.v Baarn.

^{iv} Polderman N. (1998) Hechtingsstoornissen, beginnen bij het begin, Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 37, 422-433.

^v AACAP, 2005, "Praktijkrichtlijn voor de diagnose en behandeling van kinderen en adolescenten met reactieve hechtingsstoornis van de zuigelingenleeftijd en vroege kindertijd", in Kind en Adolescent, nummer 3, 2006, Bohn Stafleu van Loghum.

^{vi} Hol-Steegstra, A. & Vries, J. de "Diagnostiek en behandeling van cognitieve beperkingen en post traumatische stress na licht traumatisch hersenletsel, een casusbeschrijving". Publicatie in voorbereiding.

^{vii} o.a. in Eland J, Roos de C, Kleber R, (2002) Kind en Trauma, een opvangprogramma, Swets & Zeitlinger, Lisse

^{viii} De diverse methoden staan op onze site toegelicht www.zo-zorgoplossingen.nl

^{ix} Wampold, B. (2001). The Great Psychotherapy Debate. New York: Lawrence Erlbaum.