

Interventie

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 11 februari 2022

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Sterkenburg (december 2021).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud.....	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	10
2. Uitvoering.....	16
3. Onderbouwing	20
4. Onderzoek	28
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	28
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	28
5. Samenvatting Werkzame elementen	36
6. Aangehaalde literatuur	37

Samenvatting

Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (ITGG) is een psychotherapeutische behandeling gericht op ernstige problemen met gehechtheid en gedrag, zoals agressie tegen begeleiders, automutilatie en sterk teruggetrokken gedrag. De therapie is bedoeld voor kinderen, jongeren en volwassenen met een ernstige verstandelijke (en visuele) beperking. De focus in de aanpak ligt op de opbouw van een gehechtheidsrelatie tussen cliënt en behandelaar.

Doelgroep

ITGG is bedoeld voor kinderen (vanaf 9 maanden), jongeren en volwassenen met meervoudige problematiek: een ernstige verstandelijke (en mogelijke bijkomende visuele) beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag.

Doel

De cliënt is aan het eind van de behandeling in staat een gehechtheidsrelatie aan te gaan met belangrijke anderen zoals ouders/verzorgers door de afname van probleemgedrag.

Aanpak

ITGG is een psychotherapeutische behandeling die bestaat uit drie fasen. De eerste fase is gericht op het opbouwen van een gehechtheidsrelatie. De tweede fase is gedragstherapie en de derde fase bestaat uit generalisatie en afronding, waarbij ouders en begeleiders betrokken worden. De behandeling bestaat uit drie sessies van een uur per week in de dagelijkse leefomgeving van de cliënt en duurt ongeveer een jaar.

Materiaal

- **Behandelprotocol:**
Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2020). Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag. In Braet, C., & Bögels, S. (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten deel 2* (1ste editie) (pp. 767-792). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- **DVD:** Gehechtheid: een psychotherapeutische behandeling.
- **Website:**
<https://www.bartimeus.nl/professionals/expertise/expertisegebieden/gehechtheid/onderzoek-en-behandelbaarheid-1>
- **Opleidingsdraaiboek: RINO**
- **Boek:** Sterkenburg, P. S. & Andries, V. (2021). *Gehechtheidstherapie: Praktijkvoorbeelden van Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag bij mensen met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking*. Zeist, Nederland: Bartiméus.

Onderbouwing

De ITGG maakt gebruik van elementen uit de gehechtheidstheorie en de sociale leertheorie. De gehechtheidstheorie (Bowlby, 1984) richt zich op de wisselwerking tussen de ontwikkeling van het individu en de (opvoedings-)relatie tussen het kind en de belangrijke ander (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002). De eerste fase van de ITGG bestaat uit het vormen van een gehechtheidsrelatie tussen cliënt en behandelaar omdat dit een buffer vormt tegen stress bij de cliënt. De sociale leertheorie gaat ervan uit dat gedrag wordt beïnvloed door wat eraan voorafgaat en wat erop volgt. Elementen uit de sociale leertheorie (Bandura, 1977) komen in de tweede fase van de ITGG aan bod:

extinctie (ofwel het uitdoven van ongewenst gedrag), het bieden van afleiding, sociale beloning om gewenst gedrag aan te leren en competentievergroting (Gardner et al., 2018; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2017). De derde fase richt zich op het bevorderen van de sociale interactie tussen de cliënt en zijn opvoeders (het uitbreiden van het netwerk van gehechtheidsrelaties) met behulp van videobeelden die tijdens de therapie zijn gemaakt. Zie verder voor de uitgebreidere onderbouwing.

Onderzoek

De resultaten van het wetenschappelijk onderzoek naar het effect van ITGG zoals beschreven in Sterkenburg en Schuengel (2010, 2011) toonden aan dat de ITGG-therapeut een veilige haven is in tijden van angst, stress en vermoeidheid. De cliënten toonden ten tijden van hoge sympathische en parasympatische arousal significant langere periodes van (zeer) actief nabijheid zoekend gedrag naar de experimentele therapeut dan naar de controgetherapeut (Schuengel, Sterkenburg, Jeczynski, Janssen, & Jongbloed, 2009). De ITGG-therapeut bleek ook een veilige basis te zijn voor exploratie. Cliënten vertoonden bij de experimentele therapeut in fase 1.1 en fase 1.2 (bonding en symbiose) meer exploratie van de behandelaar en in fase 1.3 (individuatie) meer exploratie van objecten, dan bij de controgetherapeut (Sterkenburg & Schuengel, 2010, 2011). Cliënten scoorden aan het eind van de ITGG-behandeling significant lager op probleemgedrag en vier van de zes cliënten vertoonden minder storend gedrag. De behandeling had alleen effect op veelvoorkomende vormen van gedragsproblemen/storend gedrag (Sterkenburg, Janssen, & Schuengel, 2008a; Sterkenburg, Schuengel, & Janssen, 2008b).

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

ITGG is bedoeld voor kinderen (vanaf 9 maanden), jongeren en volwassenen met meervoudige problematiek: een ernstige verstandelijke (en mogelijke bijkomende visuele) beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag. Het gaat om cliënten die in een woonvoorziening wonen of waarbij de woonplek elders is; bijvoorbeeld in een thuisomgeving bij familie of adoptieouders. Zij kunnen de behandeling krijgen op een woonvoorziening, op een dagbestedingsplek (waarbij de woonplek elders is) of bij pleegouders/adoptieouders in de thuisomgeving.

Intermediaire doelgroep

De ouders en begeleiders (medewerkers van de voorziening waar de cliënt woont en die de cliënt dagelijks individueel begeleiden) vormen de intermediaire doelgroep. In de derde fase van de behandeling zijn er specifieke doelen voor hen opgesteld. Zij hebben behoefte aan ondersteuning bij het 'lezen' van de signalen van de cliënt en het vervolgens passend reageren hierop.

Selectie van doelgroepen

Indicatiecriteria (getoetst door de gedragsdeskundige van de voorziening waar de cliënt verblijft, eventueel in afstemming met de ITGG-therapeut):

- Kalenderleeftijd cliënt vanaf ongeveer 9 maanden.
- De cliënt heeft een ernstige verstandelijke beperking (IQ < 35) / een ontwikkelingsleeftijd onder 24 maanden. Het operationaliseren van een toelatingscriterium IQ < 35 is ingewikkeld. De geschatte ontwikkelingsleeftijd (en niet de kalenderleeftijd) wordt daarom als richtinggevend gezien. Om dit vast te stellen, wordt gebruik gemaakt van algemene ontwikkelingstests en/of van de leeftijdsequivalenten in de Vineland-II (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 2005). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van observaties; het gaat om mensen die niet of nauwelijks kunnen communiceren met woorden, gebaren of (aan)wijzen.
- Personen bij wie eerdere interventies gericht op de dagelijkse begeleiding en leefsituatie niet effectief zijn gebleken. Dit wordt geconcludeerd wanneer uit deze eerdere interventies blijkt dat het probleemgedrag nog steeds aanwezig is en de score op het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP) niet is gedaald.
- Personen bij wie sprake is van pathogene zorg. De aanwezigheid van pathogene zorg wordt vastgesteld aan de hand van dossieranalyse/ontwikkelingsanamnese en een intakegesprek met de ouders en de persoonlijk begeleiders. Na het intakegesprek worden alle indicatie- en contra-indicatiecriteria getoetst. Met pathogene zorg wordt bedoeld dat er sprake is geweest van emotionele of fysieke verwaarlozing of mishandeling en/of dat de cliënt veel wisseling heeft gehad van vaste verzorgers waardoor de cliënt geen stabiele gehechtheidsrelatie met zijn verzorger kon opbouwen. In de DSM-5 wordt pathogene zorg omschreven als een patroon van extreme vormen van ontoereikende verzorging dat de cliënt heeft meegemaakt. Dit dient te blijken uit minstens één van de volgende kenmerken:
 - 1) Sociale verwaarlozing of deprivatie waarbij emotionele basisbehoeften aan vertroosting, aanmoediging en affectie persisterend door volwassen verzorgers worden veronachtzaamd.

- 2) Aanhoudende veronachtzaming van de basale lichamelijke behoeften van het kind / opgroeien in ongebruikelijke omgevingen, wat het vormen van selectieve gehechtheidsrelaties ernstig beperkt.
 - 3) Herhaald wisselen van de vaste verzorger hetgeen de vorming van een gehechtheidsrelatie verhindert (American Psychiatric Association, & Association, A. P; 2013).
- Uit gehechtheidsonderzoek blijkt dat er sprake is van signalen van verstoord gehechtheidsgedrag:
 - Ontwikkelingsanamnese: de gehechtheidsontwikkeling van de cliënt wordt in kaart gebracht aan de hand van dossieronderzoek en een gesprek met ouders of verzorgers. Er wordt onderzocht of er aanwijzingen zijn voor pathogene zorg / wisselingen van opvoeders en er wordt geïnformeerd naar het ontwikkelingsverloop van de gehechtheid van baby tot kalenderleeftijd en de opvoedingsstijl van de verzorger.
 - Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG) van Dekker - Van der Sande en Janssen (2010): een score hoger dan 22 kan duiden op verstoord gehechtheidsgedrag.
 - Clinical Observation of Attachment / Klinische Observatie van Gehechtheid. Deze gestructureerde observatie is bedoeld om gehechtheidsgerelateerd gedrag aan de cliënt te ontlokken en dit te vergelijken in verschillende relaties, namelijk die met de gehechtheidsfiguur (ouder/verzorger) en met een onbekende volwassene (de diagnosticus). Scoring gebeurt aan de hand van de LSVG van Dekker - Van der Sande en Janssen (2010).
 - Bij het invullen van een tabel met bovengenoemde gegevens zoals aangegeven in Dekker – Van der Sande en Janssen (2010) en bij een gemiddelde score tussen 22 en 33 inclusief pathogene zorg duiden de diagnostische resultaten op verstoorde gehechtheid (Giltaij, 2018)
 - Er is sprake van gedragsproblemen. De aanwezigheid van ernstige, hardnekkige gedragsproblemen wordt vastgesteld door middel van een score van 3 of 4 (een hoge score) op het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag - CEP (Kramer, 2001). Daarnaast worden bij de start en het einde van de behandeling bij voorkeur de Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag - VOG (Koot & Dekker, 2001) en de Storend Gedragschaal-Z - SGZ (Kraijer & Kema, 1994) afgenomen bij ouders en begeleiders.
 - Met behulp van een functionele analyse van het probleemgedrag volgens het ABC-model (Antecedenten Behaviour Consequenties) (Ellis, 1991) door de gedragsdeskundige zijn andere mogelijke oorzaken voor probleemgedrag, bijvoorbeeld medische oorzaken, uitgesloten.
 - De interventie kan ook worden aangeboden aan mensen met een migratieachtergrond en een ernstige verstandelijke beperking. Tijdens het wetenschappelijk onderzoek van Sterkenburg (2008) hebben een adoptiekind uit Afrika en een kind van vluchtelingouders uit Azië meegedaan. Bij deze kinderen zijn soortgelijke resultaten gevonden als bij de van oorsprong Nederlandse kinderen. Het programma heeft geen speciale faciliteiten (zoals vertaalde schriftelijke instructies of tolken) nodig om migrantengroepen in het bijzonder te kunnen bedienen.
 - De ouder/begeleider heeft behoefte aan ondersteuning bij het bevorderen van de sensitief responsieve begeleidingsstijl en bij het behouden van contact/relatie met de cliënt.

Contra-indicatiecriteria (getoetst door gedragsdeskundige):

- Diagnose van autisme. Voorafgaand aan de ITGG-therapie wordt er gescreend op autisme bij de cliënt. Dit gebeurt door middel van differentiaaldiagnostiek en het invullen van de auti-schaal. Wanneer uit deze screening aanwijzingen voor autisme voortkomen, wordt het AUTI-team binnen de betreffende organisatie ingeschakeld (bestaande uit gedragsdeskundigen gespecialiseerd in autisme). Indien uit de screening blijkt dat de cliënt een aantal kenmerken heeft van autisme (zoals stereotiepe bewegingen of prikkelgevoeligheid) maar het verdere diagnostisch onderzoek (door ervaren gedragsdeskundigen gespecialiseerd in autisme) toont aan dat dit niet voldoende is voor de diagnose van autisme, dan komt deze cliënt wel in aanmerking voor de ITGG. Het hebben van de diagnose autisme is een uitsluitingscriterium voor de ITGG aangezien de therapie niet helemaal aansluit bij de informatieverwerking van mensen met autisme. Een interventie aanbieden die niet helemaal aansluit, kan bij het systeem rondom de cliënt, dat eventueel opnieuw te maken krijgt met een therapie die niet voldoende blijkt aan te sluiten, leiden tot machteloosheid. Het is daarom belangrijk dat er in de toekomst een interventie ontwikkeld wordt voor mensen met autisme en gehechtheidsproblematiek.
- De cliënt is extreem gevoelig voor de lichtste aanraking (hypersensitiviteit voor aanraking / tactiele afweer).
- Er is sprake van een instabiel opvoedings- en begeleidingsstelsel, dat wil zeggen dat er voor een langere tijd geen personen zijn met wie de cliënt een gehechtheidsrelatie kan opbouwen.
- De ouder/begeleider heeft geen behoefte aan ondersteuning en wil geen gebruik maken van de aanbevolen adviezen van de therapeut die in de derde fase worden overgedragen.

Betrokkenheid doelgroep bij de ontwikkeling van de interventie

De ouders/begeleiders zijn niet betrokken bij de ontwikkeling van de interventie. De ITGG-interventie is theoretisch onderbouwd. De feedback van ouders/begeleiders wordt wel gebruikt voor de doorontwikkeling van de interventie. Het gaat dan om feedback met betrekking tot de overdracht van de behandeling naar de praktijk, handelingsverlegenheid in het team van begeleiders, het plenair bespreken van kleine/subtiele signalen van stress bij een cliënt, de impact van teamwisselingen en hoe deze impact zoveel mogelijk te beperken.

1.2 Doel

Hoofddoel

De cliënt is aan het eind van de behandeling in staat een gehechtheidsrelatie aan te gaan met belangrijke anderen zoals ouders/verzorgers door de afname van probleemgedrag.

Subdoelen voor de cliënt

De subdoelen voor de cliënt worden bepaald door de behandelaar. De behandelaar schat in wanneer de volgende fase van de behandeling van start gaat. De gedragsproblemen worden voorafgaand aan de behandeling, voor het starten van de gedragstherapie, en aan het eind van de behandeling op observatielijsten gescoord. De scores voor probleemgedrag, zoals gescoord op de gestandaardiseerde lijsten en de observatielijsten

voorafgaand aan de behandeling, worden vervolgens vergeleken met de scores aan het eind van de behandeling.

Doelen per fase van ITGG:

Fase 1: Aan het eind van fase 1 (gehechtheidstherapie), ongeveer vier maanden na de start van de interventie, is er een gehechtheidsrelatie tussen de cliënt en de behandelaar opgebouwd en zoekt de cliënt hulp, ondersteuning of troost bij de behandelaar en onderneemt activiteiten die eerst niet mogelijk waren.

Doelen fase 1.1 Bonding

- De cliënt kan na ongeveer vijf weken uit zichzelf contact maken met de behandelaar.
- De cliënt kan na ongeveer vijf weken het contact met de behandelaar verbreken.
- De cliënt kan aan het einde van deze fase het contact met de behandelaar vervolgens weer heropenen.
- De cliënt kan aan het einde van deze fase samen bewegen met de behandelaar.
- De cliënt kan aan het einde van deze fase genieten van de therapie sessies. De cliënt laat dit zien via een ontspannen houding en door te glimlachen.

Doelen fase 1.2 Symbiose

- De cliënt kan na ongeveer tien weken de fysieke nabijheid van de behandelaar opzoeken. Het kind kan samen met de behandelaar op een bank of kleed zitten.
- De cliënt kan na tien weken reageren op de initiatieven van de therapeut door bijvoorbeeld het aangeboden speelgoed aan te nemen en even met het speelgoed te spelen.
- De cliënt kan aan het einde van deze fase zelf initiatief nemen voor het starten van momenten van samenspel.
- De cliënt kan aan het einde van deze fase het contact met de behandelaar langer vasthouden door het contact met de behandelaar niet te onderbreken.

Doelen fase 1.3 Stimulatie tot individuatie

- De cliënt kan na ongeveer vijftien weken initiatieven nemen tot spel met speelgoed/objecten.
- De cliënt kan aan het einde van deze fase de omgeving en het spelmateriaal exploreren.
- De cliënt geniet van de nabijheid van de behandelaar (glimlachen, ontspannen houding, toenadering zoeken tot behandelaar).
- De cliënt geniet van het spel samen en naast de therapeut door speelgoed vast te houden, door het speelgoed van de behandelaar aan te nemen en door speelgoed aan de behandelaar aan te reiken.
- De cliënt kan aan het einde van deze fase even alleen spelen nadat de therapeut de ruimte heeft verlaten.
- De cliënt kan aan het einde van deze fase het contact met de therapeut gemakkelijk herstellen nadat de therapeut de ruimte heeft verlaten.

Fase 2: Aan het eind van fase 2 (gedragstherapie), ongeveer zes maanden na de start van de interventie, laat de cliënt in plaats van probleemgedrag nieuw gewenst gedrag zien.

- De cliënt kan na zes maanden via verbale en non-verbale lichaamstaal aan de behandelaar vertellen wat hij prettig en niet prettig vindt.
- De cliënt laat aan het einde van deze fase minder agressief, zelfverwondend en teruggetrokken gedrag zien (CEP-score naar 1).

Fase 3: Aan het eind van fase 3 (generalisatie), ongeveer tien maanden na de start van de interventie, zoekt de cliënt hulp, ondersteuning of troost bij de dagelijkse begeleider of ouder en onderneemt de cliënt activiteiten waarvan hij/zij kan genieten en waardoor hij/zij zich verder kan ontplooiën.

Subdoelen voor de ouder/begeleider

De subdoelen voor de ouder/begeleider worden bepaald door de orthopedagoog die bij het team van de cliënt betrokken is. De orthopedagoog beoordeelt aan de hand van rapportages, observaties en teamoverleggen of verdere scholing omtrent sensitieve responsiviteit nodig is.

Doelen fase 3:

- De ouder/begeleider kan de cliënt aan het einde van de derde fase ondersteunen vanuit een sensitief-responsieve begeleidingsstijl:
 - De ouder/begeleider kan de verbale en non-verbale signalen van de cliënt observeren (kijken en luisteren), bv. zien wanneer de cliënt huilt.
 - De ouder/begeleider kan de signalen van de cliënt herkennen en dit laten merken aan de cliënt; 'Jij huilt, ik begrijp dat, want jij hebt honger, een vieze luier, je bent moe, je verveelt je.'
 - **De ouder/begeleider kan passend reageren op de signalen die de cliënt laat zien: het kind drinken geven**, een schone luier, troost/bescherming.
- **De ouder/begeleider ondersteunt de cliënt in het exploreren van de omgeving;** de cliënt **helpen, op de cliënt letten en samen plezier delen.**

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

ITGG is een gefaseerde individuele psychotherapeutische behandeling, waarbij elke fase een specifieke functie heeft, en afhankelijk is van succes in de voorgaande fase. In de eerste fase, die ongeveer vier maanden duurt, wordt door middel van intensief contact (opnieuw of voor het eerst) een gehechtheidsrelatie opgebouwd met de cliënt. Deze fase is opgebouwd uit drie subfasen namelijk: 'bonding en contact maken' (duurt ongeveer vier tot zes weken), 'symbiose' (duurt ongeveer vijf weken) en 'stimulatie tot individuatie' (duurt ongeveer vijf weken). De tweede fase is de gedragstherapie en duurt ongeveer twee maanden en de derde fase (die vier tot zes maanden duurt) bestaat uit generalisatie en afronding, waarbij ouders en begeleiders betrokken worden. Duur van de fasen is flexibel. Indien aan de criteria/doelen voor iedere (sub)fase is voldaan kan de stap naar de volgende (sub)fase worden gemaakt.

De behandeling bestaat uit drie sessies van een uur per week en wordt in de dagelijkse leefomgeving van de cliënt aangeboden, op een plaats met weinig omgevingsgeluiden en waar de cliënt zich veilig en prettig voelt. In overleg met de begeleiders wordt de meest prikkelarme ruimte gezocht. Gedurende de behandelingsperiode van ongeveer één jaar ondersteunen de primaire verzorgers de cliënt.

Betrokkenheid ouders/begeleiders gedurende de interventie

Ouders en begeleiders worden voor de start van de therapie betrokken bij het gehechtheidsonderzoek en indicatiecriteria. Zij worden geïnformeerd over de inhoud van de behandeling aan de hand van de dvd: Gehechtheid: een psychotherapeutische behandeling. Samen met hen worden afspraken gemaakt over het aanbieden van de behandeling: drie uur/week op de plaats waar de cliënt zijn/haar dag doorbrengt. Er worden afspraken gemaakt voor een maandelijks overleg om het verloop van de behandeling te bespreken. De ouders/begeleiders zijn bovendien betrokken bij de ABC-gedragsanalyses in fase 2. Naast de persoonlijk begeleider(s) van de cliënt, worden ook de andere begeleiders van het team betrokken. Dit gebeurt in de derde fase. Zij worden meegenomen bij het bespreken van videobeelden in teamverband, bij verdere beeldvorming en in verdere trainingen/opleidingen aangaande gehechtheid of sensitieve responsiviteit.

In het ITGG-behandelprotocol is er nadrukkelijk gekozen voor het opbouwen van een therapeutische gehechtheidsrelatie met de cliënt vanwege het ontbreken van perspectief op behandeling via de opvoeder-kind/cliëntrelatie. Vaak hebben eerdere interventies gericht op het verminderen van het moeilijk verstaanbaar gedrag van de cliënt onvoldoende geholpen. De behandelaar/ITGG-therapeut interenieert en neemt, om rust in te bouwen voor de omgeving, de belangrijkste plaats in tijdens de eerste twee ITGG-fasen. In deze eerste twee fasen worden nog geen doelen aan ouders/begeleiders gesteld, omdat er sprake is van een crisissituatie: de cliënt laat veel stress en gedragsproblemen zien (denk aan: schoppen, slaan, krabben, bijten, spugen). Hierdoor staan de ouders/begeleiders onder grote druk. De ernst van het probleemgedrag kan extreme vormen aannemen, waardoor de cliënt tegen zichzelf beschermd moet worden. Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen het 'echte' en fijne contact met de cliënt steeds meer in de weg staan en het contact krijgt een functionele inhoud. Er lijkt dan een vicieuze cirkel te ontstaan waarbij de intentie van het gedrag van de cliënt onvoldoende begrepen of gezien wordt. Dit kan zorgen voor gevoelens van machteloosheid, onzekerheid en angst bij de vaste verzorgers, wat de sensitieve respons voor de signalen van de cliënt kan bemoeilijken en het isolement bij de cliënt kan vergroten.

Wel blijven de ouders/begeleiders tijdens de therapie verantwoordelijk voor de dagelijkse ondersteuning van de cliënt. Het is daarom belangrijk dat de ouders/begeleiders die de therapie aangaan, de therapie een kans kunnen geven en hier met een open houding in staan. Tijdens het behandelproces bouwt de therapeut een veilige gehechtheidsrelatie op met de cliënt. Deze relatie vormt een buffer tegen stress, waardoor de gedragsproblemen van de cliënt uitdoven. Hierdoor komt er ruimte voor de ouders/begeleiders om aanvankelijk in kleine contactmomenten een nieuwe veilige relatie met de cliënt op te bouwen. De ITGG-therapeut, de gedragsdeskundige en de teammanager bekrachtigen deze initiatiefname van de dagelijkse verzorgers (doorheen alle fasen), waardoor zij zich meer competent zullen voelen om contact en een veilige relatie met de cliënt aan te gaan.

Voor ouders met een geschiedenis van pathogene zorg (met beperkte ouderlijke competenties) wordt gekeken naar andere interventiemogelijkheden zoals de VIPP-V of systeemtherapie waarbij meer aandacht besteed kan worden aan ouders als doelgroep.

Zodoende kan intensiever gewerkt worden aan het versterken van sensitief-responsief gedrag.

Inhoud van de interventie

Voordat een cliënt in aanmerking komt voor de ITGG-interventie voert de behandelaar diagnostisch onderzoek uit. Kinderen/volwassenen die deelnemen aan de behandeling, worden geworven door zorgverleners en verwanten. De werving gebeurt op basis van de aanwezigheid van ernstig probleemgedrag en bezorgdheden vanuit de verwanten (d.m.v. de Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag – VOG (Koot & Dekker, 2001), de Storend Gedragschaal-Z – SGZ (Kraijer & Kema, 1994) en/of het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag – CEP (Kramer, 2001)). Daarna volgt een intakegesprek met de ouders, de persoonlijk begeleiders, de gedragsdeskundige en de therapeut. Na het diagnostisch onderzoek en het intakegesprek wordt bekeken of de cliënt voldoet aan alle (contra-) indicatiecriteria voor de interventie. Randvoorwaarden worden besproken met ouders, begeleiders betrokken bij de voorziening waar de cliënt woont en de behandelaar.

In de aanpak wordt rekening gehouden met de ernstige verstandelijke beperking van de cliënt door de manier van praten, door de begripvolle en empathische houding van de behandelaar, door het gebruik van korte zinnen, gebaren, intonatie, door structuur te bieden in de sessies zodat de cliënt kan voorspellen wat er gaat gebeuren en door de sessies in de woning/thuis te geven. In de aanpak wordt ook rekening gehouden met de grote leeftijdsrange tussen de kinderen en volwassenen. Dit heeft betrekking op de mate van lichamelijk contact met de cliënt. Bij jonge kinderen maakt de behandelaar meer lichamelijk contact (knuffelen, op schoot, zittend wiegen). Bij oudere kinderen/volwassenen is het niet mogelijk en niet passend om op schoot te gaan zitten bij de behandelaar. Het wiegen wordt bij oudere kinderen bijvoorbeeld stand gedaan.

De overgang naar een volgende fase wordt bepaald aan de hand van de criteria in het behandelprotocol (signalen die wijzen op het ingaan van de volgende fase van behandeling). Als niet of onvoldoende aan deze criteria is voldaan, wordt er besloten deze overgang nog niet te maken. De duur van de behandeling hangt af van deze criteria.

Fase 1.1: Bonding – Contact maken

Tijdens de sessies volgt de therapeut de gedragingen van de cliënt en past zich daarbij aan. Het lichamelijk contact begint bij het respecteren van de afstand waarbij de cliënt zich gemakkelijk voelt. Dat wil zeggen: aanvankelijk bepaalt de cliënt de fysieke afstand. Indien de cliënt op schoot wil, dan neemt de therapeut de cliënt op schoot. Indien de cliënt afstand wil, dan houdt de therapeut afstand. De afstand tussen therapeut en cliënt is een afstand waarbij de cliënt zich comfortabel voelt.

De therapeut gaat vervolgens het lichamelijke contact langzaam opbouwen. Beginnend bij heel licht aanraken op een plaats waar het kind dat accepteert, bijvoorbeeld een schouderklopje, een aai over een hand of een voet. Eerst met de puntjes van de vingers en vervolgens met de hele hand. Eerst alleen een paar seconden opbouwend naar een minuut tot een aantal minuten. De therapeut benoemt en verwoordt wat hij/zij ziet, wat er gebeurt en wat er gaat gebeuren. De therapeut spreekt zacht op een herhalende, melodieuze en vragende wijze (net als het praten met een baby). De therapeut is heel alert, niet alleen pratend maar ook luisterend en wachtend op reacties van de cliënt. De therapeut verwoordt de mogelijke gevoelens van de cliënt. Langzaam gaat de

therapeut meer initiatieven nemen. De therapeut gaat mee in de bewegingen die de cliënt maakt (doet de bewegingen na). Ritmische bewegingen en taalgebruik nemen toe. Er wordt aandacht besteed aan speelsheid in de relatie bijvoorbeeld door variatie in stemgebruik (hard - zacht, hoog - laag, snel - langzaam). Tijdens deze fase zal de behandelaar liedjes zingen/neuriën, met de cliënt wiegen en met de cliënt meebewegen (Als de cliënt loopt, dan loopt de behandelaar mee. Als de cliënt zingt, zingt de behandelaar mee. Als de cliënt friemelt aan de kleding van de behandelaar, friemelt de behandelaar mee).

Gedragsproblemen worden niet gestraft. Krabt of bijt de cliënt, dan reageert de therapeut met een troostende en geruststellende stem door bijvoorbeeld te zeggen: "stil maar", "rustig", "het is goed", "shu- shu- shu". Indien de cliënt wegloopt wordt hij teruggebracht naar de ruimte waarin de therapie sessies plaatsvinden. Dit gebeurt met een rustige stem, duidelijk/concreet zeggend wat de bedoeling is.

Fase 1.2: Symbiose – veilige gehechtheid:

De therapeut imiteert en spiegelt alle geluiden en woorden. De therapeut beweegt mee met de cliënt in de richting waarin de cliënt, naar verwachting, zal bewegen. Wanneer de cliënt het contact met de therapeut verbroken heeft (door bijvoorbeeld de therapeut weg te duwen) kan de cliënt meer initiatieven nemen om het contact met de therapeut terug te herstellen. De cliënt zoekt terug toenadering met de therapeut. De therapeut reageert daar vervolgens positief op wat extra bekrachtiging en acceptatie biedt. Tijdens deze fase zal de behandelaar samen met de cliënt liedjes zingen en bewegen op muziek. Er is sprake van beginnend samenspel (samen aandacht hebben voor een boekje, samen voelen aan objecten/materialen).

Fase 1.3: Stimulatie tot individuatie

De therapeut stimuleert de cliënt om eigen verlangens en gevoelens te gaan uiten. De therapeut doet dit door de initiatieven van de cliënt aan te moedigen en door tegemoet te komen aan deze wensen. Het doel van het stimuleren van het uiten van eigen verlangens en gevoelens is gericht op het ontwikkelen van een 'ik' of 'ego' dat zal leiden tot positief gewenst gedrag. Het is belangrijk om te reageren op wensen zoals wanneer de cliënt naar bepaalde muziek wil luisteren of aangeeft op een bepaalde plaats te willen zitten.

Fase 2: Gedragstherapie

Fase 2 is gericht op het aanleren van nieuw gewenst gedrag als vervanging voor de ongewenste gedragingen die het functioneren in groepsverband en het opbouwen van relaties met de dagelijkse opvoeders nog in de weg staan, zoals knijpen, bonken, slaan, schoppen, schreeuwen. De therapeut en de betrokken gedragsdeskundige brengen samen met de ouders/begeleiders de situaties in kaart waarin het probleemgedrag zich voordoet, door te analyseren wat aan het probleemgedrag vooraf gaat en welke gevolgen het gedrag heeft voor de cliënt (Antecedent-Behavior-Consequent [ABC] analysis). Deze analyse richt zich op dagelijkse situaties in de leefomgeving van de cliënt, bijvoorbeeld tijdens vrije tijd, tijdens sociale interactiemomenten of tijdens dagelijkse verzorging. Deze analyse leidt tot een hypothese omtrent de functie of betekenis van het ongewenste gedrag en de gevolgen die het gedrag bekrachtigen en in stand houden. Voor alle probleemgedragingen wordt de functieanalyse herhaald. Wanneer de functie/betekenis van het probleemgedrag bekend is zoeken de therapeut, de betrokken gedragsdeskundige en de dagelijkse opvoeders naar alternatieve/gewenste gedragingen met dezelfde functie/betekenis voor de cliënt. Vervolgens richt de therapeut zich op het

aanleren van deze alternatieve gedragingen. Voor de bekrachtiging van het gewenste gedrag gebruikt de therapeut sociale beloning door middel van affectieve aanrakingen (klopjes en knuffels), knikken/glimlachen en complimenten (met speciale aandacht voor intonatie). Hoe het gewenste gedrag zal worden aangeleerd wordt in een gedragstherapieplan uitgewerkt. Bij een cliënt dat bijvoorbeeld emoties niet goed kan reguleren (en snel overspannen wordt) geeft de behandelaar een object om in te knijpen. Elke keer dat de behandelaar het balletje aan de cliënt geeft en de cliënt rustiger gedrag laat zien, geeft de behandelaar een compliment. Ongewenst gedrag wordt genegeerd of, alleen als de cliënt zichzelf of de therapeut dreigt te beschadigen, tegengehouden.

De gedragstherapie wordt enkel in de context van een individuele behandeling ingezet (zonder generalisatie naar andere plekken/personen).

Fase 3: Generalisatie en afronding

De ouders en dagelijkse begeleiders spelen een belangrijke rol in de generalisatie, omdat zij met het aanbieden van spelmaterialen, activiteiten (zoals samen spelen en samen bewegen) en contactmogelijkheden horen aan te sluiten bij de ontwikkeling van de cliënt tijdens de therapie. Het afbouwen van de psychotherapie gaat daarom gepaard met het begeleiden van de interactie tussen de opvoeders/begeleiders en de cliënt in zijn of haar dagelijkse omgeving. Hierbij worden de volgende richtlijnen aangehouden:

- Behandelaar – Cliënt: Er is een geleidelijke afbouw van drie keer per week naar eerst één keer per week, vervolgens twee keer per maand en daarna één keer per maand. De afbouw is afhankelijk van hoe de cliënt reageert. Voorop staat een geleidelijke afbouw.
- Behandelaar – Opvoeders/begeleiders – Cliënt: De behandelaar gebruikt zijn of haar kennis van de cliënt om de dagelijkse opvoeders/begeleiders te ondersteunen in communicatie, het bieden van duidelijkheid, voorspelbaarheid en stimulatie. Op die manier zal de therapeut de verantwoordelijkheid voor het bestendigen van het therapie-effect geleidelijk uitdragen aan de dagelijkse opvoeders/begeleiders. De mate van ondersteuning aan de dagelijkse opvoeders/begeleiders is afhankelijk van wat zij nodig hebben. Dit kan gaan van één keer per week tot één keer maand. De ondersteuning gebeurt aan de hand van videobeelden en door de behandelaar handelingen 'voor te laten doen' bij de cliënt.

Tijdens de generalisatiefase worden ouders/begeleiders uitgenodigd om aanwezig te zijn tijdens therapiemomenten tussen therapeut en cliënt. De therapeut gaat daarnaast meekijken in de setting waar de cliënt verblijft en zal hierbij tips geven aan ouders/begeleiders over contactname met de cliënt. Indien de cliënt op een woonvoorziening verblijft, zal de therapeut meedraaien in het team en bijvoorbeeld tijdens koffiemomenten een coachende rol opnemen naar begeleiders. Hierdoor kan de therapeut initiatief tot contact vanuit de ouders/begeleiders van de cliënt stimuleren en bekrachtigen. Ook wanneer de therapeut bijvoorbeeld binnenkomt en een fijn contactmoment ziet tussen ouder/begeleider en cliënt, zal de therapeut dit benoemen en uitvergroten. Deze observatiemomenten worden vervolgens meegenomen naar het teamoverleg en afgestemd met de betrokken gedragsdeskundige. In de generalisatiefase zal dus naast het bevorderen van de sensitieve responsiviteit bij ouders/begeleiders, sterk worden geïnvesteerd in competentievergroting en in het opdoen van succesvolle interacties met de cliënt. Op die manier zal er meer vertrouwen ontstaan in het eigen handelen en zullen gevoelens van handelingsverlegenheid, onzekerheid en angst bij ouders/begeleiders verminderen.

In deze fase wordt gevraagd hoe ouders en begeleiders terugkijken naar het behandelproces. Indien aanwezig worden leerpunten voor een volgende behandeling meegenomen bijvoorbeeld nog beter afstemmen welke tijd het meest geschikt is voor de sessies, nog duidelijker aangeven wat de doelen zijn per fase, etc. De behandelaar maakt daarnaast duidelijk dat hij/zij beschikbaar is voor ondersteuning en advies. In Fase 3 is er iedere maand een overlegmoment met opvoeders/begeleiders.

Als de ouders/begeleiders aangeven nood te hebben aan extra overlegmomenten, kunnen evaluatiemomenten worden ingepland. Binnen een jaar na afronding van de therapie kunnen betrokken opvoeders/begeleiders met vragen terecht bij de behandelaar.

2. Uitvoering

Materialen

- **Behandelprotocol:** Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2020). Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag. In Braet, C., & Bögels, S. (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten deel 2* (1ste editie) (pp. 767-792). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- **DVD:** Gehechtheid: een psychotherapeutische behandeling. Deze is op te vragen bij de afdeling publicatie van zorginstelling Bartiméus.
- **Website:**
<https://www.bartimeus.nl/professionals/expertise/expertisegebieden/gehechtheid/onderzoek-en-behandelbaarheid-1>
- **Verzamelbundel van voorbeeld casussen:** Sterkenburg, P.S. (Red,) (2021). Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag: praktijk voorbeelden [nog niet gepubliceerd]. Bartiméus Reeks.
- **Draaiboek:** Voor de cursus voor behandelaren.
- Er is ook een Engelstalig protocol, DVD en trainingsmaterialen.

Locatie en type organisatie

De therapie kan in principe op verschillende plekken worden aangeboden. Dit kan binnen de woonvoorziening van de cliënt, bijvoorbeeld in de eigen kamer. De therapie kan ook plaatsvinden op de dagbestedingsplek of buiten de voorziening/thuisomgeving van de cliënt (bijvoorbeeld bij adoptie-of pleegouders) zolang het een voor hem/haar vertrouwde en veilige plek betreft. De ITGG-therapie heeft een keer in de thuisomgeving van een cliënt plaatsgevonden; het betrof hierbij het huis van de adoptieouders van de cliënt. Het is van belang dat er steeds wordt getoetst of het gaat om een veilige omgeving, zonder aanwezigheid van pathogene omgevingsinvloeden. Met name de vaste begeleider(s) van de cliënt word(t)(en) hierbij betrokken. Van de omgeving wordt verwacht dat deze de cliënt van te voren eten/drinken geeft en na afloop van de behandeling opvangt. Met andere woorden om dan te gaan eten of een andere ontspannende activiteit te doen, juist omdat de therapie zo intensief is (tijdens de therapie wordt geen eten/drinken aangeboden). De interventie wordt, voor zover nu bekend, uitgevoerd in de zorginstellingen Esdege-Reigersdaal in Heerhugowaard, Bartiméus in Doorn, Amerpoort in Baarn, Twentse Zorgcentra in Losser, Ons Tweede Thuis in Amstelveen en Ons Tweede Thuis in Aalsmeer.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Uitvoerend medewerkers dienen de RINO cursus 'Basiscursus Gehechtheidstherapie' succesvol afgerond te hebben. Deze training bestaat uit zes dagdelen en is bestemd voor gedragswetenschappers (orthopedagogen, pedagogen, psychologen, GZ-psychologen, orthopedagoog-generalisten) die werken met kinderen/volwassenen met een ernstige verstandelijke (en visuele beperking) met persistente gedragsproblemen. Vervolgens is er een praktijkcursus. De praktijkcursus bestaat uit 12 bijeenkomsten, individueel of in een groep, van twee á drie cursisten. Deze bijeenkomsten vinden maandelijks gedurende één jaar plaats. Duur: 1½ uur per individuele bijeenkomst of drie uur per groepsbijeenkomst. De uitvoerders van de ITGG worden geacht beide cursussen te volgen.

Kwaliteitsbewaking

Training wordt aangeboden via de RINO Groep. Accreditatie is van NIP en NVO ontvangen voor het volgen van de basiscursus. De cursus wordt aan het eind (na zes dagdelen) geëvalueerd. Er wordt gebruik gemaakt van een evaluatievragenlijst die binnen de RINO Groep wordt gebruikt. De lijsten worden anoniem ingevuld en verstuurd naar de RINO Groep. Dit is eenmalig en niet structureel. Vervolgens is er een praktijkcursus. Tijdens deze praktijkcursus krijgt iedere ITGG-behandelaar supervisie. Deze supervisiebijeenkomsten zijn bij voorkeur in een groep, één keer per maand. Tijdens deze bijeenkomsten worden videobeelden getoond van de behandelaar en de cliënt. Deze beelden worden vervolgens met elkaar besproken. Er wordt bovendien tijdens deze supervisie bekeken of het overeenkomstig protocol wordt gevolgd en indien dit niet het geval is wordt dit besproken. Er worden geen voor- en nametingen geregistreerd van de behandeling.

De behandeling is sterk gekoppeld aan de individuele behandelaar. Hierdoor is de precieze inhoud van de behandeling afhankelijk van de therapeutische relatie. Dit kan een risico vormen voor het goed uitvoeren van de therapie. Om vast te stellen of de therapie wordt uitgevoerd zoals bedoeld, krijgt de behandelaar (los van de praktijkcursus) tijdens het eerste ITGG-traject supervisie. Deze supervisie kan ook in volgende trajecten worden ingezet, wanneer de therapeut dit wenst. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de video-opnames die de behandelaar heeft gemaakt van de interacties met de cliënt. Deze supervisie gebeurt één-op-één en soms in groep met andere ITGG-therapeuten. Verder kunnen alle behandelaren zo nodig advies vragen bij Paula Sterkenburg, de ontwikkelaar van ITGG. Vragen rond de behandeling kunnen met of zonder videobeelden worden besproken. Hierdoor is er een "helpdesk" wanneer nodig. Daarnaast heeft Wendy Engelbertink (GZ-psycholoog bij Twentse Zorgcentra) ook meerdere cliënten behandeld en bespreekt zij, aan de hand van praktijkvoorbeelden waarvoor zij toestemming heeft, casussen tijdens de RINO training. Behandelaren kunnen bij haar terecht met vragen. Er komen ongeveer twee vragen per jaar binnen omtrent casussen. Verder hebben sommige supervisiegroepen ook intervisiemomenten (eigen initiatief). Daarnaast worden casussen die besproken worden tijdens presentaties (tijdens congressen/opleidingsdagen voor ouders, gedragsdeskundigen en/of begeleiders) eerst geëvalueerd door Paula Sterkenburg.

Uitval behandelaar

Als de behandelaar wegvalt (bijvoorbeeld wegens ziekte) wordt het traject overgedragen aan een andere ITGG-therapeut. Deze vervangende ITGG-therapeut begint de therapie dan terug in de eerste fase. Het (opnieuw) doorlopen van de fasen gaat doorgaans sneller wanneer de cliënt reeds subfasen of volledige fasen had doorlopen met de eerste therapeut.

Randvoorwaarden

Algemene randvoorwaarden:

- Het gaat om een intensieve behandeling. Voldoende tijd en geld vormen organisatorische randvoorwaarden.
- De uitvoerders van de ITGG dienen de RINO cursus 'Basiscursus Gehechtheidstherapie' en de praktijkcursus te hebben gevolgd.
- De ITGG-therapeut dient een hoge mate van sensitiviteit en responsiviteit te laten zien. Indien de therapeut door persoonlijke omstandigheden, en dus eigen stress, minder sensitief en responsief zou zijn, kan dit de behandelresultaten van ITGG

verminderen. Wanneer dit zich voordoet, is het belangrijk dat de therapeut zelf op zoek gaat naar interventie, om zo het effect hiervan te minimaliseren.

Tijdens de start van de behandeling: Een belangrijke voorwaarde voor het starten van behandeling is de aanwezigheid van specifieke volwassenen die een vertrouwensrelatie met de cliënt kunnen en willen opbouwen. Dit is belangrijk omdat de therapeut in de generalisatiefase de behandeling gaat afbouwen en er dan volwassenen beschikbaar moeten zijn die bereid zijn om verder te investeren in de relatie met de cliënt.

Tijdens fase 1.1 bonding: Een goede voorbereiding op de behandeling is belangrijk voor de therapeut. Voorafgaand aan de start van de behandeling worden video-opnamen van de cliënt bekeken. Door gedrag van de cliënt te observeren kan het gedrag van de cliënt voorspelbaarder worden. Verder kan de therapeut de dagelijkse begeleiders vragen om informatie te geven over de non-verbale communicatie en voorkeursactiviteiten van de cliënt. Zich bewust zijn van de non-verbale communicatie kan de therapeut helpen om signalen van spanning en ontspanning te herkennen, en het aanbieden van voorkeursactiviteiten kan bijvoorbeeld belangrijk zijn bij de ontspanning van de cliënt.

Tijdens fase 1.2 symbiose: In deze fase kan het voor de cliënt vervelend of moeilijk zijn als de therapeut aan het eind van de sessie weer weggaat. Door empathisch te reageren en aan te geven wanneer de volgende sessie zal plaatsvinden kan de cliënt worden gerustgesteld. Ook kan de therapeut een transitional object aanbieden dat de cliënt bij zich kan houden en kan meenemen naar de volgende sessie.

Tijdens fase 1.3 stimulatie tot individuatie: In deze fase kan de therapeut gebruik maken van video-opnamen aangezien dit informatie kan geven over wat er gebeurt als de therapeut de ruimte even verlaat. Het kan ook laten zien of de cliënt gehechtheidsgedrag vertoont bij hereniging. Videofragmenten kunnen informatie geven over hoe lang de cliënt alleen kan zijn voordat stress oploopt. Als er geen stress zichtbaar is en er gehechtheidsgedrag bij hereniging te zien is, kan dit de therapeut geruststellen en tevens het behandelproces versnellen.

Tijdens fase 2 gedragstherapie: Voor het aanleren van nieuw gewenst gedrag en het uitdoven van ongewenst gedrag kan het nuttig zijn om met anderen te bespreken en samen op zoek te gaan naar welk gewenst gedrag aangeleerd zal worden en welke sociale beloning gewenst effect kan hebben.

Tijdens fase 3 generalisatie: De therapie dient in overleg met de cliënt en de begeleiders afgesloten te worden. Het is van belang om de laatste sessie goed voor te bereiden door er met de cliënt over te praten en door met hem/haar of betrokkenen te bespreken hoe het einde van de behandeling kan worden gevierd.

Bovenstaande randvoorwaarden vloeien voort uit de aanpak van de interventie. Bij elk ITGG-traject worden videobeelden gemaakt, worden steeds overlegmomenten ingepland met de begeleiders/ouders en worden rapportages/aantekeningen gemaakt. Rekening houdend met de verschillende fasen en doelen die daaraan verbonden zijn, vraagt elke ITGG-sessie logischerwijs een goede voorbereiding en tijdsplanning van de behandelaar.

Tijdens de eerste fase van de ITGG wordt geïnvesteerd in het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie tussen de behandelaar en de cliënt. Dit vormt een buffer tegen stress, waardoor het probleemgedrag zal uitdoven. Omdat de cliënt minder probleemgedrag laat zien ten aanzien van de directe omgeving, kunnen ouders en begeleiders meer positieve contactmogelijkheden gaan hebben met de cliënt en kunnen ook zij een veilige relatie opbouwen met de cliënt. Een belangrijke randvoorwaarde in de generalisatiefase voor het behouden van stabiliteit en rust bij de cliënt, is emotionele beschikbaarheid en een nieuwsgierige, open houding bij ouders en begeleiders. Indien de cliënt in een woonvoorziening woont, is een stabiel team (zonder te veel personeelsverloop) een belangrijke voorwaarde voor het behoud van rust en veiligheid voor de cliënt.

Implementatie

Voor het overdragen van kennis is een handleiding geschreven met als inhoud:

- De kern van de gehechtheidstheorie weergeven.
- Met betrekking tot een eigen casus van een cliënt met een verstandelijke en/of visuele beperking met ernstige gedragsproblemen een verantwoorde afweging maken of de betreffende vorm van behandeling geïndiceerd is.
- Weergeven wat het behandelprotocol inhoudt en de verschillende fases van de behandeling herkennen.
- Een abc-analyse van probleemgedrag bij de cliënt maken en een gedragstherapeutisch protocol schrijven.
- De mogelijkheden en beperkingen van deze integratieve behandelmethodiek weergeven.

Er is geen implementatieplan aanwezig voor de ITGG. Voor de implementatie is het voldoende als de individuele behandelaar bij de RINO groep de basis- en praktijkcursus (met supervisiemomenten) heeft gevolgd.

Kosten

De kosten van de trainingen zijn: 1. 'Basiscursus Gehechtheidstherapie' = € 1.060 incl. reader en lunch, excl. boeken en 2. De praktijkcursus = € 1140,00 euro. De kosten van de materialen = € 236,40 (behandelprotocol – aangekocht door zorgorganisatie - & Handboek verstandelijke beperking van de Bruijn & Twint (2019)).

De exacte personele kosten zijn niet bekend maar er kan wel een inschatting worden gemaakt van de tijdsinvestering van de uitvoering van ITGG. De tijdsinvestering van een orthopedagoog per week is drie uur voor ITGG sessies, één uur verslaglegging, en één uur overleg of intervisie. Over een periode van tien maanden is de tijdsinvestering ongeveer 200 uur.

3. Onderbouwing

Probleem

Aard

ITGG is gericht op het behandelen van ernstige problemen met gehechtheid (zoals aantrekken en afstoten, controlerend gedrag vertonen, weinig of geen troost zoeken bij de belangrijke ander in situaties van stress) en probleemgedrag (zoals agressie tegen begeleiders, automutilatie, sterk teruggetrokken gedrag) bij kinderen/volwassenen met een ernstige verstandelijke (en mogelijk bijkomende visuele) beperking. Zelfverwondend gedrag kan ernstige vormen aannemen zoals zichzelf knijpen, slaan, krabben of bonken (tot bloedens toe). De gedragsproblemen van de cliënt zijn zo ernstig dat behandeling door de opvoeder, met wie de relatie verstoord is, niet meer mogelijk is. Het gaat om kinderen/volwassenen die hun tijd veelal afgezonderd van de leefgroep in een voorziening doorbrengen, met één op één begeleiding.

Ernst

Personen met verstandelijke (en/of visuele) beperking(en) lopen als groep een hoog risico op gedrags- en psychiatrische stoornissen, drie keer hoger dan personen zonder verstandelijke beperking (Dekker, Koot, Van der Ende & Verhulst, 2002).

Gehechtheidsproblematiek kan een reden zijn voor hardnekkige gedragsproblemen en problemen kunnen zeer langdurig en chronisch zijn.

Spreiding

In 2018 werd door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) ingeschat dat er in Nederland ongeveer 440.000 mensen zijn met een verstandelijke beperking (IQ tot 70). Eén zesde daarvan (ongeveer 70.000 mensen) heeft een ernstige verstandelijke beperking (Woittiez et al., 2019). De prevalentie van een visuele beperking is hoog bij personen met een (ernstige) verstandelijke (en meervoudige) beperking; variërend van 66.7% (Van Splunder, Stilma, Bernsen, & Evenhuis, 2006) en oplopend tot 92% (Van den Broek, Janssen, Van Ramshorst, & Deen, 2006). Over de prevalentie van mensen met een verstandelijke beperking en gehechtheidsproblemen is nog niet veel cijfermateriaal beschikbaar. Uit de prevalentiegegevens van Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming (2020) blijkt dat ongeveer de helft van de kinderen en jongeren in Nederland met een ontwikkelingsstoornis, verstandelijke beperking of autisme onveilig is gehecht (30 tot 40% in de gezonde populatie). Het onderzoek van Janssen e.a. (2002) heeft duidelijk gemaakt hoe groot de risico's op gehechtheidsproblemen in de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking zijn. Het onderzoek toont aan dat gehechtheidsproblemen een aanzienlijk deel van de hoge prevalentie van gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking kunnen verklaren. Het gaat hierbij tussen de 30% en 60% van alle mensen met een verstandelijke beperking en een hogere prevalentie bij personen met een ernstige verstandelijke beperking (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002; Dekker & Koot, 2004). Uit het onderzoek van Bartiméus (2010) blijkt dat bij 60% van de kinderen met een verstandelijke en bijkomende visuele beperking het onbehandelbare probleemgedrag mogelijk te verklaren is vanuit gehechtheidsproblematiek (Bartiméus Magazine, 2004, nr. 2; Arentz, Sterkenburg & Stolk, 2010). Het ging hierbij om cliënten die in aanmerking kwamen voor de ITGG-therapie.

Gevolgen

Zonder ingrijpen zullen deze kinderen/volwassenen gedrags- en psychiatrische stoornissen behouden, minder gebaat zijn bij reguliere gedragstherapeutische behandeling en zullen zij symptomen van ontredde blijven vertonen. De ernst van het probleemgedrag kan excessieve vormen aannemen en de cliënt zal tegen zichzelf moeten worden beschermd door, in de meest ernstige situaties, vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo had één van de kinderen uit het eerder genoemde onderzoek negen jaar lang, voorafgaand aan de start van de behandeling, armkokers om hem te beschermen tegen ernstig zelfverwondend gedrag. Nog minder contact met de buitenwereld is het gevolg, en de cliënt raakt meer geïsoleerd en ontwikkelt ernstigere gedragsproblemen (Schuengel & Janssen, 2006).

Oorzaken

Kindfactoren

- **Ernstig verstandelijke beperking**
Bij mensen met een verstandelijke beperking is er een hoger risico op gehechtheidsproblematiek (Schuengel & Janssen, 2006). Allereerst komt dit omdat mensen met ernstige verstandelijke beperkingen door hun cognitieve beperking moeilijker met stress kunnen omgaan en in stressvolle situaties geen veilige basis kunnen vinden bij de gehechtheidsfiguur die een emotieregulerende functie heeft in tijden van stress (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002). Niet succesvol omgaan met stress en geen veilige basis vinden bij een gehechtheidsfiguur kunnen ernstige gedragsproblemen tot gevolg hebben.
- **Mogelijk bijkomende visuele beperking**
Mensen met een verstandelijke en visuele beperking lopen een verhoogd risico op verstoorde gehechtheid omdat de visuele beperking het vroege contact tussen ouder en kind belemmert. Gunther (2004) stelt dat bij mensen met een visuele beperking oogcontact, visuele uitlokking, visuele controle en visuele feedback ontbreken. Vanaf de geboorte moeten kinderen met een visuele beperking (samen met de opvoeders) compensaties ontwikkelen voor het ontwikkelen van een gehechtheidsrelatie. Zij doen dat bijvoorbeeld door het gebruik van auditieve, tactiele en geurprikkelers, waardoor de kinderen leren om bekenden en vreemden van elkaar te onderscheiden. Dit is moeilijker dan door het gebruik van de visuele functies, omdat kinderen zich pas kunnen vergewissen van de aanwezigheid en identiteit van de ouder door aanraking of geur wanneer deze dichterbij is, of door het stemgeluid als de ouder spreekt of anderszins vocaliseert. Door het later verwerven van deze vaardigheden kan het kind met een visuele beperking zich ook pas later interne voorstellingen maken van de mensen en de ruimte om hem of haar heen. Hierdoor (en door de afhankelijkheid van de opvoeder) duren de separatieangst en de angst voor vreemden langer en manifesteren deze zich heftiger dan bij ziende kinderen (Egan, 1979; Gringhuis, Moonen & Van Woudenberg, 1996).
- **Andere gehechtheidsontwikkeling/gedrag**
Mensen met een verstandelijke beperking laten ander gehechtheidsgedrag zien en doorlopen een andere ontwikkeling op het gebied van gehechtheid in vergelijking met mensen zonder een verstandelijke beperking. Ze zullen omwille van beperkte cognitieve en visuele vaardigheden op een andere manier nabijheid, contact, ondersteuning, troost en geruststelling bij de hechttingsfiguur zoeken. Mensen met

een zeer ernstige verstandelijke beperking die een verstandelijke leeftijd bereiken van 9 tot 12 maanden, kunnen een gehechtheidsrelatie aangaan als ze het besef hebben dat personen en objecten blijven bestaan, ook al zijn ze even uit beeld. Mensen die dat niet hebben, kunnen desondanks gehechtheidsgedrag laten zien en hebben ook behoefte aan veiligheid en koestering. Hoe lager het cognitieve niveau, hoe gebrekiger de communicatie en het begrip van de persoon is en hoe sensitiever de opvoeder moet zijn voor de subtiele hechtingssignalen en non-verbale signalen van stress (Dekker-van der Sande & Janssen, 2010).

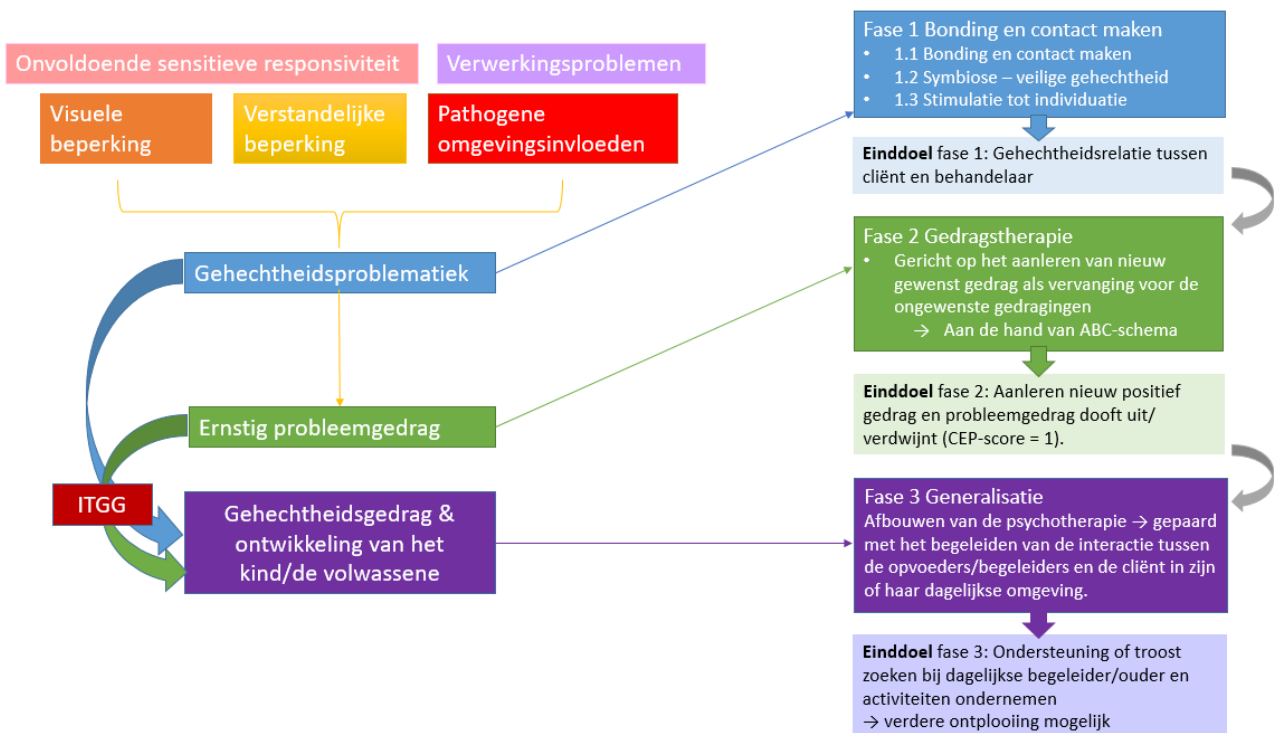
Ouder- en omgevingsfactoren

- Pathogene omgevingsinvloeden
Schuengel en Janssen (2006) wijzen erop dat de pathogene omgevingsinvloeden die in verband worden gebracht met verstoorde gehechtheid waaronder verwaarlozing, mishandeling, misbruik en frequente en vroege wisselingen van primaire opvoeders (AACAP, 2005; APA, 1994), bij kinderen met verstandelijke beperkingen vaker voorkomen dan gemiddeld (Giltaij, Sterkenburg & Schuengel, 2016). Sommige personen met ernstige beperkingen groeien op met zoveel wisselende opvoeders, communicatieve beperkingen, en soms inadequate zorg, dat ze geen gelegenheid krijgen om gehechtheidsrelaties te ontwikkelen. Dit leidt tot stress omdat de persoon niet met de problemen van alledag bij een gehechtheidsfiguur terecht kan, wat de persoon kwetsbaarder maakt voor de ontwikkeling van gedragsproblemen. Agressie naar anderen of zichzelf kan een uitlaatklep of afleiding worden bij spanning, verdriet, stress, of verveling.
- Verwerkingsproblemen ouder
Wanneer ouders te horen krijgen dat hun kind een verstandelijke beperking heeft, kan dit ervaren worden als een intense verlieservaring. Het kan zorgen voor sterke emoties zoals verdriet, wanhoop of verwarring en het brengt veel vragen en onzekerheden met zich mee. Ouders van kinderen met een verstandelijke en/of visuele beperking kunnen te maken krijgen met ingrijpende gebeurtenissen zoals ziekenhuisopnames of onbegrip vanuit de omgeving. Door het verwerkingsproces kan de emotionele beschikbaarheid van de ouder en het gevoel van ouderlijke competentie onder druk komen te staan. Het al dan niet verwerken van de verstandelijke beperking van het kind door de ouder, speelt een belangrijke rol voor het kind in het zich veilig en begrepen voelen (De Belie, 2005).
- Onvoldoende sensitieve responsiviteit / opvoedingsvaardigheden
Het opvoeden van een kind met een verstandelijke (en mogelijk bijkomende visuele) beperking vraagt een grote opmerkingsgave en sensitiviteit van de ouder (Janssen et al., 2002). Veel ouders worden geconfronteerd met onverwachte problemen, waarbij ze niet terug kunnen vallen op de hun bekende opvoedingswijze. Ouders van kinderen met een verstandelijke beperking moeten leren de ontwikkelingsleeftijd van hun kind in te schatten en kunnen minder afgaan op de kalenderleeftijd. Bij personen met een visuele beperking kunnen de gehechtheidssignalen verwarrend zijn of subtieler. Bij mensen met een verstandelijke beperking kunnen de hechtingssignalen minder sterk zijn en kan de hechtingsontwikkeling in een trager tempo verlopen (De Belie & Morisse, 2007).

Aan te pakken factoren

Beïnvloedbare en niet beïnvloedbare risicofactoren

- a) Beïnvloedbaar
 - Gehechtheidsgedrag cliënt
 - Sensitieve responsiviteit in heden bij de ouder/begeleider
- b) Niet-beïnvloedbaar
 - Verstandelijke en/of visuele beperking
 - Pathogene omgevingsinvloeden in het verleden



Verantwoording

Eerdere interventies gericht op de dagelijkse begeleiding (o.a. aandacht, gedragstherapeutische aanpak) en leefsituatie (o.a. competentievergroting, aanpassingen in de omgeving) zijn bij de onderzochte doelgroep niet effectief gebleken waardoor een andere aanpak noodzakelijk is. Het probleemgedrag van de cliënt is zo ernstig dat behandeling door de opvoeder/belangrijke ander niet meer mogelijk is. Sommige kinderen/volwassenen met ernstige beperkingen groeien op met zoveel wisselende opvoeders, communicatieve beperkingen, en soms inadequate zorg (onvoldoende sensitieve responsiviteit bij de opvoeders), dat ze geen gelegenheid krijgen om gehechtheidsrelaties te ontwikkelen. Deze personen zijn, naarmate ze ouder worden, steeds moeilijker te bereiken. In hun sociale isolement doet de goed- of afkeuring van hun opvoeders en verzorgers hen nog maar weinig, waardoor hun gedrag niet meer goed bij te sturen is. Dit betekent dat kinderen/volwassenen niet meer te beïnvloeden zijn door middel van sociale goedkeuring (aanmoedigingen) of afkeuring (onbereikbaar worden). Dit beperkt de mogelijkheden voor het geven van gedragstherapie, juist omdat daarbij bij voorkeur wordt gewerkt met sociale gedragsbeïnvloeding.

De aanpak van de ITGG is een intensieve aanpak omdat de behandelaar eerst investeert in het opbouwen van vertrouwen/een relatie met de cliënt. Dit vraagt, naast het frequente aantal therapie sessies, een hoge mate van sensitieve responsiviteit van de behandelaar. Die opbouw van de gehechtheidsrelatie vormt een buffer tegen stress bij de cliënt (Schuengel et al., 2009) en dit maakt de interventie effectiever in het veranderen en verminderen van gedragsproblemen (waar in fase 2 van de interventie aan wordt gewerkt). De intensieve aanpak van de ITGG blijkt ook uit het verbreden van het netwerk van gehechtheidsrelaties door de behandelaar na het opbouwen van een gehechtheidsrelatie met de cliënt. Hier wordt voor gekozen in de ITGG (fase 3) omdat kinderen/volwassenen met meerdere mensen tegelijk gehechtheidsrelaties kunnen onderhouden (Juffer, 1993) en de belangrijke anderen zodoende ondersteund worden bij hun interacties met de cliënt. De behandelaar kan zo stilaan de behandeling overdragen aan de belangrijke anderen van de cliënt.

Waar bestaat de aanpak van de ITGG uit?

Opbouw gehechtheidsrelatie:

De ITGG maakt gebruik van elementen uit de gehechtheidstheorie. Omdat er sprake is van pathogene zorg is de eerste fase van ITGG gericht op het ontwikkelen van een gehechtheidsrelatie. De gehechtheidstheorie richt zich specifiek op de wisselwerking tussen de ontwikkeling van het individu en de (opvoedings-)relatie tussen de cliënt en de belangrijke ander (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002). Bowlby (1984) beschrijft vier stappen van de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie:

1. In de eerste fase van gehechtheid laat het kind gedrag zien duidend op een behoefte aan nabijheid, verzorging of vertroosting zonder hierbij het onderscheid te maken tussen verschillende mensen. Het kind is in deze fase in staat om zijn ogen te richten op beelden, ook wel configuraties die sterk lijken op het menselijk gezicht.
2. In de tweede fase van gehechtheid laat het kind gedrag zien duidend op een behoefte aan nabijheid, verzorging of vertroosting naar één of twee verzorgers die regelmatig met het kind omgaan. In deze fase herkent het kind de stem van de specifieke opvoeder en reageert hierop met glimlachjes.
3. In de derde fase van gehechtheid wordt het kind enkel gerustgesteld door de nabijheid van de vaste gehechtheidspersonen. In deze fase laat het kind naast het passieve gehechtheidsgedrag (signalen uitzenden, aandacht vragen opvoeder) met name actief nabijheid-zoekend gedrag zien richting de belangrijke ander (achterna kruipen, meebewegen). Het kind wil enerzijds exploreren en anderzijds de nabijheid van de belangrijke ander opzoeken wanneer het kind geconfronteerd wordt met een vreemde persoon of omgeving. Aan het einde van deze fase leert het kind dat belangrijke anderen niet altijd beschikbaar voor hem/haar kunnen zijn en leert het kind om interne voorstellingen te maken van de omgeving.
4. In de vierde fase van de gehechtheid is het kind in staat om rekening houden en zich in te leven in de wensen en plannen van de ouder. Het kind ondervindt dat de plannen van de ouder niet altijd overeen komen met de zijne. In deze fase komt de psychische nabijheid centraal te staan; het kind weet dat de opvoeder er steeds voor hem/haar zal zijn en nabijheid, verzorging, vertroosting en bescherming biedt wanneer het kind dit nodig heeft.

De bovenstaande stappen van Bowlby (1984) worden in de eerste fase van de ITGG gevolgd. De eerste fase van de ITGG bestaat uit het vormen van een gehechtheidsrelatie

tussen cliënt en behandelaar omdat dit een buffer vormt tegen stress bij de cliënt. Het blijkt voor personen met een verstandelijke beperking zeer goed mogelijk een gehechtheidsrelatie met een professionele zorgverlener op te bouwen (De Schipper, Stolk, & Schuengel, 2006; Janssen et al., 2002; Zegers, Schuengel, Van IJzendoorn, & Janssens, 2006). De behandelaar realiseert de gehechtheidsrelatie door gevoelig te zijn voor de signalen die de cliënt uitzendt (sensitiviteit) en door het adequaat reageren op deze signalen (responsiviteit zoals het bieden van nabijheid, het geven van complimenten, geruststelling, etc.). De stappen van Bowlby zijn tevens vertaald naar het doel behorende bij de eerste fase van de ITGG; namelijk dat er een gehechtheidsrelatie tussen de cliënt en de behandelaar opgebouwd wordt en de cliënt in staat is om hulp, ondersteuning of troost te zoeken bij de behandelaar. Bovendien zijn de stappen van Bowlby terug te vinden in de specifiekere subdoelen van de ITGG die beschreven zijn voor de cliënt. De subdoelen hebben betrekking op contact maken, samen bewegen met de behandelaar, nabijheid opzoeken van de behandelaar, reageren op initiatieven van de behandelaar, het contact met de behandelaar vasthouden, speelgoed/objecten/omgeving exploreren, alleen spelen als de behandelaar de ruimte verlaat en het contact herstellen als de behandelaar de ruimte weer binnenkomt.

Gedragstherapie:

ITGG gebruikt elementen uit de sociale leertheorie (Bandura, 1977). De sociale leertheorie gaat ervan uit dat gedrag wordt beïnvloed door wat eraan voorafgaat en wat erop volgt. Dit kan worden weergegeven in het ABC-schema, waarin de B van behavior staat voor het gedrag, de A van antecedent (of activating event) voor wat eraan voorafgaat en de C van consequence voor wat erop volgt. Specifieke elementen van de sociale leertheorie die gebruikt worden in de ITGG zijn extinctie (ofwel het uitdoven van ongewenst gedrag), het bieden van afleiding, sociale beloning om gewenst gedrag aan te leren (vb. in plaats van knijpen, de cliënt leren hoe hij/zij een hand kan geven en kan wijzen naar datgene wat hij/zij nodig heeft) en competentievergroting (positieve bekrachtiging, complimenten) (Gardner et al., 2018; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2017). Deze elementen komen gedurende de tweede fase van de ITGG aan bod en zijn vertaald in het doel behorend bij deze fase, namelijk dat de cliënt aan het eind van deze fase in plaats van probleemgedrag nieuw gewenst gedrag laat zien. Bovendien zijn de elementen van de leertheorie terug te vinden in de specifiekere subdoelen van de ITGG die beschreven zijn voor de cliënt. De subdoelen van de cliënt hebben betrekking op het minder vertonen van agressief, zelfverwondend en/of teruggetrokken gedrag en op het kunnen aangeven van eigen wensen (via het gebruik van zowel verbale als non-verbale signalen).

Generalisatie:

De derde fase van de ITGG is gericht op het bevorderen van de sociale interacties tussen de cliënt en zijn opvoeders. Omdat er sprake is van een crisissituatie wanneer de cliënt wordt aangemeld voor de ITGG-therapie (de cliënt laat veel stress en ernstige gedragsproblemen zien, denk aan: schoppen, slaan, krabben, bijten, spugen, zelfverwondend gedrag), is er bewust gekozen om pas in de generalisatiefase specifieke doelen voor de ouders/begeleiders op te stellen. Bij aanmelding staan de ouders/begeleiders onder grote druk en de situatie lijkt op dat moment uitzichtloos, mede omdat eerdere interventies gericht op het verminderen van het moeilijk verstaanbaar gedrag van de cliënt onvoldoende hebben geholpen. De intentie van het gedrag van de cliënt wordt onvoldoende begrepen of gezien. Dit kan zorgen voor gevoelens van machteloosheid, onzekerheid en angst bij de vaste verzorgers, wat de

sensitieve respons voor de signalen van de cliënt kan bemoeilijken en het isolement bij de cliënt vergroot. De behandelaar/ITGG-therapeut intervineert en heeft in de eerste twee ITGG-fasen de rol van een crisisbehandelaar en hij/zij heeft een belangrijke taak om stress te helpen reguleren en bij te dragen aan rust voor de personen betrokken bij de cliënt.

De veilige gehechtheidsrelatie die de therapeut in de eerste fase van de ITGG heeft opgebouwd met de cliënt, vormt een buffer tegen stress (= in tijden van spanning/stress ervaart de cliënt dat hij/zij bescherming en troost kan vinden bij de therapeut) waardoor de gedragsproblemen voor een groot deel zullen uitdoven. Door de veilige gehechtheidsrelatie kan de therapeut in de tweede fase van de ITGG actiever aan de slag met de probleemgedragingen en het aanleren van nieuwe gewenste gedragingen bij de cliënt. Omwille van de veilige gehechtheidsrelatie (buffer tegen stress) zal er tijdens fase 1 en fase 2 meer ruimte ontstaan voor de ouders/begeleiders om contactmomenten met de cliënt aan te gaan dat over langere tijd zal bijdragen aan een veilige relatie. Dit wordt mogelijk omdat de ouders/begeleiders **verandering** zien in de houding van de cliënt (meer rust, minder probleemgedrag, benaderbaarheid bijvoorbeeld door een rustige uitstraling en een vriendelijke, observerende en nieuwsgierige houding, en een minder hoge staat van alertheid). Tijdens de generalisatiefase zal de therapeut veel aandacht besteden aan de contactmomenten tussen de opvoeders en de cliënt, zodat de therapeut de veilige gehechtheidsrelatie met de cliënt met een coachende 'on the job' houding naar de opvoeders, de veilige relatie kan generaliseren naar de dagelijkse opvoeders. Het uitgangspunt vanuit de gehechtheidstheorie is dat het opbouwen van gehechtheidsrelaties met meer dan één opvoeder plaats vindt (Juffer, 1993). Elk individu kan gehechtheidsrelaties met meerdere opvoeders internaliseren. Dit wordt een gehechtheidsnetwerk genoemd. Uit onderzoek van De Schipper, Stolk en Schuengel (2005) blijkt dat professionele zorgverleners gehechtheidsfiguren kunnen zijn voor kinderen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Dit betekent dat begeleiders kunnen fungeren als een veilige haven voor de cliënt (mits emotionele beschikbaarheid en een open, leergierige, nieuwsgierige houding) en zodoende de gehechtheidsproblemen kunnen compenseren die personen met een verstandelijke beperking eerder hebben opgedaan. Door veilige gehechtheidsinteracties tussen de begeleider en de cliënt zal de cliënt in tijden van stress zijn emoties adequater kunnen reguleren. Het belang van sensitieve responsiviteit van de begeleider wordt benadrukt omdat er wordt verwacht dat dit veilige cliënt-begeleiderinteracties versterkt (De Schipper, Stolk, & Schuengel, 2005).

Een gefaseerde behandeling is gewenst omdat de gehechtheidsrelatie de stress reguleert en het kind/de volwassene vervolgens nieuw gewenst gedrag kan aanleren (Schuengel et al., 2009). De behandelaar gebruikt in deze fase videobeelden. Uit onderzoek blijkt dat het bespreken van de interacties met de cliënt met de ouders/begeleiders met behulp van videobeelden bijdraagt aan een adequater inzicht bij de ouder/begeleider in de noden van de cliënt (Steele et al., 2014). Video-feedback biedt de mogelijkheid om signalen en uitingen van iemand zichtbaar te maken, waardoor de observatievaardigheden van de ouder/begeleider en zijn/haar empathie voor de cliënt gestimuleerd worden. De therapeut vraagt aan de ouder/begeleider om namens de cliënt te spreken ('speaking for the child'). Dit betekent dat de ouder/begeleider het gedrag, de emoties en de expressies die het kind/de volwassene in de video laat zien, onder woorden brengt. Ouders/begeleiders worden op die manier

gestimuleerd om te kijken vanuit het perspectief van het kind/de volwassene. Daarnaast legt de behandelaar aan de hand van de sensitiviteitsketen uit wat het belang is van het passend reageren op de signalen die de cliënt heeft laten zien. De keten bestaat uit het signaal van het kind/de volwassene → respons door belangrijke ander → reactie van het kind/de volwassene (bijvoorbeeld: huilen → kind op schoot nemen/wiegen → rustigere ademhaling) (Juffer et al., 2017). De therapeut probeert dus om de sensitieve responsiviteit bij de ouders/begeleiders van de cliënt te versterken (zoals beschreven in de subdoelen voor de ouder/begeleider) en te laten zien hoe door middel van sociale beloning ongewenst gedrag bij de cliënt verminderd kan worden. Door het bevorderen van de sensitieve responsiviteit bij de ouders/begeleiders van de cliënt (door middel van videobeelden, door te observeren in de setting waar de cliënt verblijft, door contactmomenten met de dagelijkse opvoeders te intensiveren), wordt aan de competentievergroting van ouders/begeleiders gewerkt. De therapeut geeft tips voor contact met de cliënt en zal initiatiefname bij ouders/begeleiders stimuleren en bekrachtigen. Hierdoor kunnen ouders/begeleiders succesvolle interacties met de cliënt ervaren waardoor ze meer contact met de cliënt zullen maken. Deze succesvolle interacties kunnen leiden tot plezier in het contact met de cliënt, waardoor de gevoelens van machteloosheid, onzekerheid en angst bij ouders/begeleiders (die aan het begin van de therapie sterk aanwezig waren) stilaan kunnen wegebben. De behandelaar verbindt bij het bespreken van de videobeelden, bij het stimuleren en bekrachtigen van de interacties tussen ouders/begeleiders en cliënt de elementen van beide theorieën aan de subdoelen die geformuleerd zijn voor de cliënt en voor de ouder/begeleider.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

a) Willems L. (2019). *Procesevaluatie van de ITGG interventie voor de herbeoordeling van het NJI*. Interne, niet gepubliceerde publicatie.

b) Type onderzoek

- Procesevaluatie
- Periode van onderzoek: november 2018 tot april 2019
- Alle elf orthopedagogen die tijdens de onderzoeksperiode de praktijkcursus volgden en de supervisie ontvingen, is via de mail een anonieme link gestuurd naar een vragenlijst die digitaal in Qualtrics ingevuld kon worden. Hiervan worden de uitkomsten hieronder besproken. Zes ITGG behandelaren zijn in staat geweest om de vragenlijst in te vullen. Het kostte de respondenten gemiddeld 9 minuten om de digitale vragenlijst in te vullen.
- Om de privacy van de respondent en van diens cliënt(en) te waarborgen is er niet naar persoonsgegevens, werkplek of naar de locatie waar de behandelingen hebben plaatsgevonden gevraagd. Vier van de zes respondenten (66,7%) zijn 3 jaar geleden gestart met het geven van de ITGG behandeling, één respondent (16,7%) is 2 jaar geleden gestart en nog één respondent is onlangs gestart.

c) Resultaten

- **Uitvoer van de ITGG interventie**
Het lukt vijf van de zes respondenten (83,3%) om de ITGG interventie uit te voeren volgens het behandelprotocol. Ditzelfde aantal respondenten (83,3%) geeft aan niet af te wijken van het protocol. De helft van de respondenten (50%) zegt ergens tegenaan te lopen bij de uitvoer van de interventie. Toelichtingen hierop zijn onder andere de intensieve aanpak van de therapie, de flexibiliteit van het behandelprotocol (wat als de cliënt rolstoelgebonden is?) en stagnatie van de behandeling (wanneer de cliënt bijvoorbeeld blijvende onrust laat zien). Op de vraag of de respondent nog suggesties ter verandering/verbetering van het behandelprotocol heeft, antwoordde 50,1% met "nee" of lieten het veld leeg, 33,3% antwoordde met "nog niet" of "nog onvoldoende ervaring om hier iets over zeggen".
- **Bereik van de deelnemers**
Op de vraag hoeveel cliënten de respondenten in de afgelopen 5 jaar hebben behandeld antwoordde vier respondenten met "2 cliënten", de overige twee respondenten hebben (nog) geen cliënten met een ernstig meervoudige beperking (EMB) behandeld. Bij één van de vier respondenten is de ITGG behandeling bij alle cliënten afgerond, bij de anderen is dat niet het geval. Ruim 80% geeft aan dat er op de locatie waar zij werken EMB cliënten zijn die nog wachten op een behandeling. Daarvan schat 66,7% dat het om 3 of meer cliënten gaat en 16,7% dat

het om 1 cliënt gaat.

- **Succes- en risicofactoren**

Het lukt vijf van de zes respondenten om alle fases van de ITGG interventie goed te doorlopen. Degene waarbij dat niet lukt, geeft aan dat het met name komt door fase 2 (gedragstherapie) of door fase 3 (generalisatie en afronding). Vijf van de zes respondenten geeft daarnaast aan dat niet alle EMB cliënten de behandeling in de beoogde periode van 1 jaar afronden. Respondenten geven aan dat het een intensieve therapie is en de behandeling vaak uitloopt waardoor de doorstroom niet heel hoog is. Respondenten geven aan dat er vraag is naar de therapie en dat er cliënten zijn die op een behandeling wachten. Van alle respondenten geeft de helft aan dat EMB cliënten na een bepaalde tijd terug komen. Genoemde risicofactoren zijn vernieuwd team, problemen met overdracht naar het team en werkdruk. De respondenten geven aan dat de begeleiders/ouders van de EMB cliënt na de interventie behoefte hebben aan advies met betrekking tot het behoud van het contact met de cliënt (Hoe houden we vast aan het contact met de cliënt dat tot stand is gekomen tijdens/na de interventie?).

- **Waardering en ervaring van uitvoerders en doelgroep**

Op de vraag wat de reacties van de begeleiders/ouders van de EMB cliënt zijn waren de antwoorden wisselend. Eén respondent gaf aan dat reacties wat negatief zijn: *"Dat men niets waarneemt in het begin. Vragen zich af of het wel wat doet?"* Twee respondenten melden positieve reacties: *"Veel enthousiasme maar ook verwondering dat er een positieve wending kan komen. En dankbaarheid; geëmotioneerde ouders. Van één cliënt ben ik later behandelverantwoordelijke geworden vanwege verandering van werkplek. En elke bespreking krijg ik nog veel complimenten."* *"Positief, ze zien ontwikkeling bij de cliënt."* Tot slot gaf één respondent aan dat de reacties van de begeleiders/ouders wisselend zijn: *"Wisselend: van 'we merken geen verandering bij de cliënt' tot weinig bereidheid te investeren in de implementatie omdat er personele problemen spelen."*

- **Verandering in gedrag van de cliënt**

Vijf van de zes respondenten zien zelf verandering bij de cliënt dat ze behandelden. De respondenten beschrijven dat ze meer mogelijkheden zien tot bonding, contactopbouw, ontspanning en geen of zeer weinig probleemgedrag in de sessies/minder snel stress. Vijf van de zes respondenten geven aan dat begeleiders/ouders verandering zien bij de cliënt. Ze lichten onder andere toe dat er sprake is van meer rust en ontspanning bij de cliënt en minder sprake van stress wanneer iets even anders gaat. Er wordt meer initiatief name bij de cliënt waargenomen.

- **Aanbevelingen van ITGG therapeuten**

- Er is meer bekendheid nodig over effect en nut van behandeling.
- Grotere toepasbaarheid voor EVMB-clieñten: uitbreiding voor personen met een motorische beperking en praktische aanpassingen aan het protocol.

- Derde fase met overdracht naar alle betrokkenen is niet te onderschatten. Goede afspraken met het team zijn belangrijk.
- Meer getrainde therapeuten die de therapie kunnen aanbieden.
- Meer aandacht aan de gedragstherapie- en generalisatie fase en aan algemeen advies voor begeleiders/ouders na afloop van de interventie.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

¹Studie 1

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. **ja**
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). **Ja**
- Deze studie heeft betrekking op casestudies. Hierdoor kan de volledige doelgroep niet bereikt worden in de populatie. Een multiple-baseline case studie design is gebruikt met 6 casussen. De gewenste resultaten zijn aangetoond. Zowel jongens als meisjes van verschillende etnische achtergronden hebben geparticipeerd. Dit geeft een eerste indicatie van effectiviteit en generaliseerbaarheid.
- Er is sprake van een hoge behandelintegriteit omdat er op toegezien is dat de ITGG-behandeling op eenzelfde manier werd toegepast. Dit gebeurde middels het behandelprotocol (aan de hand van 'signalen die duiden op het ingaan van de volgende fase van de behandeling') en supervisiebijeenkomsten.
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. **ja**
- Er is een voormeting. **ja**
- Er is een nameting. **ja**
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. **Ja**

Studie 1 – publicatie 1.1

- a) Sterkenburg, P., Schuengel, C., & Janssen, C. (2008b). Developing a therapeutic relationship with a blind client with a severe intellectual disability and persistent challenging behaviour. *Disability and Rehabilitation*, 30(17), 1318–1327. <https://doi.org/10.1080/09638280701482597>
- b) Een single case study. Het doel van de studie was om te kijken naar het effect van de behandeling en naar de ontwikkeling van een therapeutische gehechtheidsrelatie met een jongen van 17 jaar met een visuele en een verstandelijke beperking (n = 1). In deze single case study werden de gehechtheidstherapiesessies afgewisseld met controlesessies. De instrumenten die gebruikt werden, waren: observatielijsten, video-analyses van gehechtheidsgedrag die tijdens de therapiesessies werden gemaakt en fysiologische meetinstrumenten om de affectregulatie te onderzoeken.
- c) De cliënt liet significant minder gedragsproblemen zien ($p < 0.05$, d (frequentie) = 0.62, d (intensiteit) = 0.66). Uit de bevindingen bleek dat er nieuw gewenst gedrag was aangeleerd en er minder arousal werd gemeten gedurende de tweede fase van de behandeling die werd gegeven door de gehechtheidstherapeut. Dit

¹ Effectgroottes zijn berekend via:

<https://www.campbellcollaboration.org/escal/html/EffectSizeCalculator-SMD1.php>

resultaat werd niet gevonden bij de controletherapeut die hetzelfde protocol volgde als de gehechtheidstherapeut. Daarnaast liet de cliënt meer gehechtheidsgedrag zien bij de gehechtheidstherapeut dan bij de controletherapeut, en dit voor een langere periode. Het ging hierbij met name over het zoeken van nabijheid ($d = 0.66$). Negatieve bij-effecten: nee.

Studie 1 – publicatie 1.2

- a) Sterkenburg, P. S., Janssen, C. G. C., & Schuengel, C. (2008a). The Effect of an Attachment-Based Behaviour Therapy for Children with Visual and Severe Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(2), 126–135. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00374.x>
- b) Een multiple case study waarbij zes cliënten ($n = 6$) met een visuele en ernstige verstandelijke beperking die ernstig probleemgedrag vertoonden en waar sprake was van pathogene omgevingsinvloeden, onderzocht werden. Er werd gebruik gemaakt van video-opnamen in de residentiële voorziening en tijdens de therapiesessies om het ernstig probleemgedrag te onderzoeken. Er werd gebruik gemaakt van een alternating treatments design waarbij sessies met de experimentele therapeut (ofwel gehechtheidstherapeut) werden afgewisseld met sessies met de controletherapeut. Zo probeerde de experimentele therapeut in de eerste fase van de behandeling een gehechtheidsrelatie met de cliënt op te bouwen terwijl de controletherapeut alleen positieve aandacht aan de cliënt gaf.
- c) Tijdens de eerste fase van behandeling lieten de cliënten aanzienlijk minder probleemgedrag zien in de residentiële voorziening waar ze verbleven. Daarnaast bleek dat de experimentele therapeuten, vergeleken met de controletherapeuten, tijdens de tweede fase van de behandeling (de gedragstherapie) er in slaagden om nieuw gewenst gedrag bij de cliënten aan te leren (d (cliënt A) = 0.86, d (cliënt B) = 1.11, d (cliënt C) = 0.45, d (cliënt D) = 1.75, d (cliënt E) = 0.30, d (cliënt F) = 0.19). Negatieve bij-effecten: nee.

Studie 1 – publicatie 1.3

- a) Schuengel, C., Sterkenburg, P. S., Jeczynski, P., Janssen, C. G. C., & Jongbloed, G. (2009). Supporting affect regulation in children with multiple disabilities during psychotherapy: A multiple case design study of therapeutic attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 291–301. <https://doi.org/10.1037/a0014274>
- b) Een multiple case study. In deze studie werd onderzoek gedaan bij zes kinderen ($n = 6$) met visuele beperkingen, ernstige verstandelijke beperkingen, ernstig probleemgedrag en bij wie sprake was van aanhoudende sociale deprivatie. In de eerste fase van de behandeling hadden de kinderen afwisselend sessies met de gehechtheidstherapeut (waarbij geprobeerd werd om een gehechtheidsrelatie op te bouwen) en met de controletherapeut (waarbij enkel positieve aandacht werd geboden). Tijdens de tweede fase van de behandeling gaven beide therapeuten dezelfde gedragstherapie.
- c) Tijdens de sessies met de gehechtheidstherapeut werd een gehechtheidsrelatie ontwikkeld met de cliënt (de cliënten zochten tijdens de sessies met de gehechtheidstherapeut aanzienlijk meer nabijheid bij de therapeut dan het geval was tijdens de controletherapie). Daarnaast bleek deze opgebouwde gehechtheidsrelatie stressregulerend te zijn ($d = 0.62$). Uit deze studie bleek dat

ITGG significant meer effect had dan controletherapie. ITGG bleek persoonsonafhankelijk (2 behandelaren). Negatieve bij-effecten: nee.

Studie 1 – publicatie 1.4

- a) Sterkenburg, P. S. (2008). *Intervening in Stress, Attachment and Challenging Behaviour: Effects in Children with Multiple Disabilities*. Bartiméus Reeks, Doorn.
- b) Tijdens de eerste fase van de ITGG was de experimentele therapeut erop gericht om een gehechtheidsrelatie met de cliënt op te bouwen. De sessies met de experimentele therapeut alterneerden met de sessies waarin een controletherapeut alleen positieve aandacht gaf. In de tweede fase werd door beide therapeuten dezelfde geprotocolleerde gedragstherapie aangeboden. De ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie tijdens de ITGG en het effect van de ITGG op het gedrag van de cliënt werden getoetst met behulp van multiple baseline en multiple case studies. In de singlecase studie werden zowel de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie met de experimentele therapeut als het effect van de ITGG beschreven. Er deden 6 cliënten (n = 6) van 18 jaar en jonger, met een visuele en ernstig verstandelijke beperking, met ernstig probleemgedrag én met een verstoorde gehechtheidsontwikkeling mee aan het onderzoek. Cliënten bij wie de diagnose 'Autisme' was uitgesloten. Er werd gebruik gemaakt van observatielijsten voor bepaling van gedragsproblemen (dagelijks en per uur gescoord door begeleiders), van het VU University - Ambulant Monitoring System (VU-AMS) voor het bepalen van parasympathische en sympathische reactiviteit (wekelijkse metingen tijdens de sessies) en van het Noldus-computerprogramma 'The Observer' (wat door onafhankelijke beoordelaars werd gescoord). De videobanden van de therapie- en controlesessies waren gescoord op schalen met hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en gecontroleerd op 'drift'. Schalen voor: gedragsproblemen, gewenst gedrag, gehechtheidsgedrag (nabijheidzoekend -, vermijdend -, afwerend - en contact handhavend gedrag) en beweging tijdens sessies. Cortisol metingen voor bepaling van cortisol dagcurve (meten van stress niveau).
- c) De resultaten toonden aan dat de cliënten inderdaad significant langere periodes van actief en zeer actief nabijheidzoekend gedrag lieten zien. Ook lieten de cliënten gedurende momenten van hoge RSA- en PEP-arousal meer (zeer) actief nabijheidzoekend gedrag zien naar de experimentele therapeut dan naar de controletherapeut. Gedurende de gedragstherapie in fase 2 van de ITGG werd er meer van de cliënten geëist hetgeen stressvol was voor de cliënten. Het maakte echter verschil of de experimentele therapeut de gedragstherapie uitvoerde of dat de controletherapeut het deed. Arousal in het sympathische deel van het autonome zenuwstelsel (PEP) nam toe, maar alleen voor de sessies met de controletherapeut. Sympathische arousal was significant lager bij de experimentele therapeut, hetgeen suggereert dat cliënten bij deze therapeut minder de neiging hadden om te vechten of te vluchten. Ook de arousal in het parasympathische deel van het autonome zenuwstelsel was lager, maar dit verschil was net niet significant ($p = .06$).
- d) Aan het eind van de behandeling was er sprake van minder gedragsproblemen: een significant lagere score op de CEP en voor vier van de zes cliënten een hogere score op de SGZ. Bij niet alle cliënten konden de dagelijkse rapportage van de verzorgers gebruikt worden voor het meten van het beloop van

gedragsproblemen. De betrouwbaarheid van de scores was niet altijd voldoende, wat bleek uit lage intraclass correlatiecoëfficiënten tussen de weekgemiddelden voor gedragsproblemen bij twee van de zes cliënten. Voor de vier andere cliënten, zo bleek uit de observatielijsten, was er buiten de therapiesessies met de experimentele therapeut (dus in de zorgsituatie) zelfs al een vermindering van gedragsproblemen gedurende het opbouwen van een gehechtheidsrelatie met de cliënt (fase 1) en vervolgens een verdere vermindering gedurende de gedragstherapie (fase 2). Een belangrijke test was, of de experimentele therapeut effectiever was in het gebruiken van sociale beloningen voor gewenst gedrag dan de controgetherapeut. Dat bleek het geval te zijn. Gedurende de gedragstherapie (fase 2) lieten de cliënten significant meer nieuw gewenst gedrag zien gedurende de sessies met de experimentele therapeut dan tijdens de sessies met de controletherapeut (d (cliënt A) = 0.86, d (cliënt B) = 1.11, d (cliënt C) = 0.45, d (cliënt D) = 1.75, d (cliënt E) = 0.30, d (cliënt F) = 0.19). Er was geen significant verschil tussen de experimentele- en de controgetherapeut met betrekking tot de al weinig voorkomende vormen van ongewenst gedrag / gedragsproblemen. Voor deze cliënten, bij wie andere vormen van behandeling niet effectief waren gebleken, liet ITGG dus wel positieve effecten zien. De resultaten tonen aan dat de cliënten meer gewenst nieuw gedrag leerden bij een therapeut die gericht was geweest op het opbouwen van een gehechtheidrelatie dan bij de therapeut die voordien alleen positief aanwezig was geweest (controgetherapeut). Negatieve bij-effecten: nee.

Studie 1 – publicatie 1.5

- a) Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2011). De gehechtheidsrelatie als buffer tegen stress. In J. Zevalkink en P. Sterkenburg (red). *Voor de verandering: een psychodynamische kijk op ontwikkeling*.
- b) Een multiple case study. Het gaat om een kleine, diverse groep cliënten. De experimentele toetsing van het behandel-effect vond daarom plaats op casusniveau, bij zes cliënten ($n = 6$) die daarvoor waren aangemeld door behandelaars van Bartiméus of door het consultantenteam voor de regio Utrecht/Noord-Holland. Het behandel-effect werd vastgesteld aan de hand van dagelijkse rapportages en wekelijkse observaties gedurende de behandeling van 6 tot 9 maanden. Hierdoor konden binnen elke cliënt veranderingen worden vastgesteld, en worden gerelateerd aan de verschillende fasen van de ITGG (door middel van een multiple baseline design) en door vergelijkingen te maken tussen sessies met de therapeut die ITGG toepaste en een controgetherapeut die alleen positieve aandacht gaf (door middel van een alternating treatments design). Bij het onderzoek waren twee psychotherapeuten betrokken. Therapeut A was bij drie cliënten de ITGG-therapeut en bij de drie andere cliënten de controgetherapeut en voor therapeut B was dit net omgekeerd. De therapiesessies met de ITGG-therapeut en de controgetherapeut werden opgenomen op video, en gedragingen werden gescoord door onafhankelijke codeurs die onwetend werden gehouden van de fase van therapie en de conditie.
- c) Uit het onderzoek bleek dat de ITGG-therapeut al snel significant meer gehechtheidsgedrag ontlokte bij de kinderen dan de controgetherapeut. De ITGG-therapeut fungeerde daadwerkelijk als veilige basis voor de kinderen. Kinderen vertoonden bij de ITGG-therapeut in Fase 1.1 en Fase 1.2 (Gehechtheidstherapie, Contact maken en Symbiose) meer exploratie van de behandelaar en in Fase 1.3

(Gehechtheidstherapie, Individuatie) meer exploratie van objecten, dan bij de controletherapeut (Sterkenburg & Schuengel, 2010, 2011). Daarnaast was dit ook zichtbaar in de fase van de gedragstherapie. Dat is een stressvolle fase, waarin situaties worden opgezocht die voor het kind moeilijk zijn en daardoor aanleiding geven tot probleemgedrag. De ITGG-therapeut en de controletherapeut voerden een identiek gedragstherapie-protocol uit, dat voor elk individueel kind was opgesteld. Uit psychofysiologische metingen tijdens de sessies, gebaseerd op hartslagmaten, kon worden opgemaakt dat de gedragstherapie met de ITGG-therapeut aanzienlijk minder stressvol was dan met de controletherapeut ($d = 0.62$). Daarnaast bleek dat alle cliënten minder gedragsproblemen lieten zien aan het eind van de behandeling vergeleken met het begin van de behandeling zowel tijdens de therapiesessies als in de dagelijkse leefomgeving. Dit positieve effect bleek uit de begin- en einddiagnose aan de hand van het consensusprotocol (CEP) (Kramer, 2001), de Storend Gedragschaal-Z (SGZ) (Kraijer & Kema, 1994), de dagelijkse observatielijsten en de onafhankelijke observaties van de therapiesessies. Reeds in de eerste fase van de therapie was het probleemgedrag aanzienlijk verminderd, en de daling werd vervolgd in de 2de en 3de fase van de behandeling. De ITGG-therapeut bleek effectiever dan de controletherapeut aangezien de cliënten significant meer gewenst gedrag vertoonden tijdens de gedragstherapie sessies door de ITGG-therapeut. Hieruit kan worden opgemaakt dat ITGG bij deze kinderen effectiever was dan alleen gedragstherapie door een therapeut met wie het kind weliswaar vertrouwd was, maar met wie het geen gehechtheidsrelatie had opgebouwd (Sterkenburg, et al., 2008b). Negatieve bij-effecten: nee.

Onderbouwing onderzoeksontwerp (alternating treatments design)

Het onderzoeksontwerp is gebaseerd op gebruikelijke methoden voor onderzoek naar effecten van gedragstherapie bij mensen met een verstandelijke beperking, waarbij op casusniveau het effect van therapie wordt gemeten aan veranderingen in gedrag over langere tijd, volgend op de aanvang van therapeutische condities. Het behandel-effect werd vastgesteld aan de hand van dagelijkse rapportages en wekelijkse observaties gedurende de behandeling van zes tot negen maanden. Hierdoor kon bij elk kind veranderingen worden vastgesteld. Deze konden worden gerelateerd aan de verschillende fasen van de ITGG, door middel van een multiple baseline design, en door vergelijkingen te maken tussen sessies met therapeut A (die de ITGG toepaste) en therapeut B (die positieve aandacht gaf - bijvoorbeeld door voor te lezen of te zingen) (= alternating treatments design). De ITGG-sessies vonden drie keer per week plaats (één uur), de controlesessies vonden steeds één keer per week plaats (één uur). Therapeut A was voor drie kinderen de ITGG-therapeut en voor de drie andere kinderen de controletherapeut en voor therapeut B was dit bij deze kinderen net omgekeerd. Beide therapeuten gaven dus zowel de interventiebehandeling (ITGG) aan een paar willekeurig gekozen cliënten als de controlebehandeling aan de andere cliënten om op die manier therapeutische effecten te counterbalanceren. De kinderen wisten op voorhand / gedurende de behandeling dus niet wie de ITGG-behandelaar en wie de controletherapeut was. De sessies alterneerden steeds op dezelfde dagen (ochtend – namiddag). De therapiesessies met de ITGG-therapeut en de controletherapeut werden opgenomen op video, en gedragingen werden gescoord door onafhankelijke codeurs die onwetend werden gehouden van de fase van de therapie en de conditie. De ITGG-therapeut en de controletherapeut voerden in fase 2 een identiek

gedragstherapieprotocol uit, dat voor elke cliënt individueel was opgesteld. Deze sessies vonden twee keer per week plaats (telkens één uur). Ook hiervan werden video's door onafhankelijke beoordelaars gescoord die blind waren voor controle en interventie behandelaar.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) is een psychotherapeutische interventie voor kinderen en volwassenen met meervoudige problematiek waaronder ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen.

Inhoudelijke elementen:

- Het opbouwen van een gehechtheidsrelatie tussen cliënt en opvoeder: de behandelaar is in de eerste plaats de buffer voor stress en later kunnen de ouders of begeleiders een gehechtheidsrelatie opbouwen met de cliënt. Hiervoor is er overdracht vanuit de behandeling naar de dagelijkse zorg.
- Sensitieve responsiviteit van de behandelaar en de opvoeders/begeleiders draagt bij tot het opbouwen van een gehechtheidsrelatie.
- Het uitdoven van ongewenst gedrag en het aanleren van gewenst gedrag bij de cliënt: door gewenst gedrag aan te kunnen leren in fase 2 kan de cliënt beter aangeven wat hij/zij wenst zonder daarbij probleemgedrag te laten zien.

Praktische elementen:

- Het uitvoeren van de interventie gebeurt in de voorziening waar de cliënt verblijft. Daardoor is er geen bijkomende stress rond therapie in een vreemde ruimte en/of verplaatsing van de cliënt. Er is hierdoor ook snelle overdracht naar de ouders / begeleiders.
- Intensieve interventie; 3 x per week.
- Gebruik van video-opnamen voor overdracht van kennis naar ouders / begeleiders.

6. Aangehaalde literatuur

- 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. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. www.aacap.org
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) (DSM-IV). Washington: APA.
- American Psychiatric Association, & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Zaltbommel, Nederland: Van Haren Publishing.
- Arentz, G.M.H.J., Sterkenburg, P.S., & Stolk, J. (2010). Care for people with learning difficulties and with a visual impairment: A train the trainers program, pp. 371-373 *In Contemporary Issues in Intellectual Disabilities*. J. Merrick (ed). New York, Prasher.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bartimeus magazine 2 (2004). *Stressregulering door gehechtheidsrelaties. Wetenschappelijk onderzoek naar de psychotherapeutische behandeling van jongeren met een visuele en verstandelijke beperking*.
http://www.bartimeus.nl/flexpage/flexpage_new.asp?id=60094#boven
- De Belie, E., van Hove, G. (2005). *Ouderschap onder druk. Ouders en hun kind met een verstandelijke beperking*. Antwerpen: Garant.
- Belie, E. De & Morisse, F. (red.) (2007). *Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Bowlby, J. (1984). *Attachment and Loss: Volume 1: Attachment*. London: Penguin Books.
- Broek, E. G. C., van den, Janssen, C. G. C., Ramshorst, T. van, & Deen, L. (2006). Visual Impairments in People with Severe and Profound Multiple Disabilities: An Inventory of Visual Functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(6), 470-475.
- De Schipper, J. C., Stolk, J., & Schuengel, C. (2006). Professional caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behavior problems. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 203-216. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.02.001>
- Dekker, M.C. & Koot, H.M. (2004). Problemen met emoties en gedrag bij jeugdigen met verstandelijke beperkingen. *Kind en Adolescent*, 25, 211-223.
- Dekker, M.C., Koot, H.M., Ende, J. van der, & Verhulst, F.C. (2002). Prevalence of psychopathology in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1087-1098.
- Dekker- van der Sande, F. & Janssen, C.G.C. (2010). *Signalen van verstoord gehechtheidsgedrag: Best practice voor het diagnosticeren van*

- gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking*. Den Haag, Uitgeverij LEMMA.
- Dekker-van der Sande, F. & Janssen, C. (2010). *Signalen van verstoord gehechtheidsgedrag*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
- Egan, D.F. (1979). The early development of visually handicapped children. In V. Smith & J. Keen (eds.), *Visual handicap in children*. Lavenham, Suffolk: Lavenham.
- Ellis, A. (1991). *The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET)*. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172.
- Gardner, F., Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Beecham, J., Hutchings, J., & Scott, S. (2018). The Earlier the Better? Individual Participant Data and Traditional Meta-analysis of Age Effects of Parenting Interventions. *Child Development*, 90(1), 7–19. <https://doi.org/10.1111/cdev.13138>
- Giltaij, H., Sterkenburg, P., & Schuengel, C. (2016). Gehechtheidsstoornissen. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Eds.), *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 127-144). De Utrecht: de Tijdstroom.
- Gringhuis, D., Moonen, J. & Woudenberg, P. van (1996). *Kinderen die slecht zien: ontwikkeling, opvoeding, onderwijs en hulpverlening*. Houten: Van Loghum.
- Gunther, F. (2004). *Diagnostiek en behandeling van mensen met een visuele en verstandelijke beperking*. Bartiméus, Doorn.
- Giltaij, H. P. (2017). *Diagnostic Assessment of Attachment Related Disorders in Children with Intellectual Disability*. Vrije Universiteit Amsterdam: Amsterdam.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002). Gedragsproblemen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking, gehechtheidsproblemen en psychologische stress. Een verklaringsmodel met implicaties voor onderzoek en praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 1, 3-20.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6).
- Juffer, F. (1993). Kinderen, ouders en primaire gehechtheid. *Gezin*, 5(4): 226-240.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2017). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 189–194. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.012>
- Kramer, G. J. A. (Ed.). (2001). Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag. *Handleiding voor het beschrijven en beoordelen van probleemsituaties rond cliënten van de gehandicaptenzorg*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1994). *SGZ, Storend Gedragschaal voor Zwakzinnigen: Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Koot, H.M. & Dekker, M.C. (2001). *Handleiding voor de VOG*. Ouder- en leerkrachtversie. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. (2020). Hoeveel kinderen hebben problematische gehechtheidsrelaties? - Prevalentie - Richtlijn Problematische gehechtheid. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/prevalentie/cijfers/>
- Schuengel C. & Janssen C. G. C. (2006). People with mental retardation and psychopathology: Stress, affect regulation and attachment. A review. *International Review Of Research In Mental Retardation* 32, 229-260.
- Schuengel, C., Sterkenburg, P.S., Jeczynski, P., Janssen, C.G.C., & Jongbloed, G. (2009). Supporting affect regulation in children with multiple disabilities during psychotherapy: A multiple case design study of therapeutic attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), Apr, 291-301.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II)* [Database record]. APA PsycTests.
- Steele, M., Steele, H., Bate, J., Knafo, H., Kinsey, M., Bonuck, K., Meisner, P., & Murphy, A. (2014). Looking from the outside in: the use of video in attachment-based interventions. *Attachment & Human Development*, 16(4), 402-415. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.912491>
- Sterkenburg, P.S. (2008). *Intervening in Stress, Attachment and Challenging Behaviour: Effects in Children with Multiple Disabilities*. Bartiméus Reeks, Doorn.
- Sterkenburg, P.S. (2019). Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag. Hoofdstuk 18, p.298-304. In J. De Bruijn & B. Twint (Eds.), *Handboek Verstandelijke Beperking: vijftientig succesvolle methoden*. Amsterdam: Boom.
- Sterkenburg, P.S. (Red.) (2021). *Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag: praktijk voorbeelden* [nog niet gepubliceerd]. Bartiméus Reeks.
- Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2020). Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag. In Braet, C., & Bögels, S. (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten deel 2* (1ste editie) (pp. 767-792). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Sterkenburg, P.S., Janssen, C.G.C. & Schuengel, C. (2008a). The effect of an attachment-based behaviour therapy for children with visual and severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12, 126-135.
- Sterkenburg, P.S., Schuengel, C. & Janssen, C.G.C. (2008b). Developing a therapeutic relationship with a blind client with a severe intellectual disability and persistent challenging behaviour. *Disability and Rehabilitation*. 30(17), 1318-1327.
- Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2010). Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag. Psychotherapie voor kinderen met een visuele en ernstig verstandelijke beperking. *Kinder en jeugd psychotherapie*, 37(1/2), 24-38.

- Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2011). De gehechtheidsrelatie als buffer tegen stress. In J. Zevalkink en P. Sterkenburg (red). *Voor de verandering: een psychodynamische kijk op ontwikkeling*. Van Gorcum: Assen. Pp. 87-100.
- Van Splunder, J., Stilma, J. S., Bernsen, R. M. D., & Evenhuis, H. M. (2005). Prevalence of visual impairment in adults with intellectual disabilities in the Netherlands: cross-sectional study. *Eye*, 20(9), 1004–1010. <https://doi.org/10.1038/sj.eye.6702059>
- Willems, L. (2019). *Procesevaluatie van de ITGG interventie voor de herbeoordeling van het NJI*. Interne, niet gepubliceerde publicatie.
- Woittiez, I.B., Eggink, E., Ras, M. (2019). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking. Notitie ten behoeve van het IBO-LVB*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Zegers, M. A. M., Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H., & Janssens, J. M. A. M. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 325–334. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.325>

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

