

Interventie

Integratieve Gehechtheidsbevorderende Traumabehandeling voor Kinderen (IGT-K)

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 2 februari 2024

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Schlattmann, van der Hoeven, Hein (februari 2023).
Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Integratieve
Gehechtheidsbevorderende Traumabehandeling voor Kinderen (IGT-K)'. Utrecht:
Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel.....	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	5
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak.....	8
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing	16
4. Onderzoek	20
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	20
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	21
5. Samenvatting Werkzame elementen	24
6. Aangehaalde literatuur	25

Samenvatting

Voor kinderen die kindermishandeling hebben meegemaakt en een scala aan problemen hebben, of ze nu thuis opgroeien nadat de mishandeling is gestopt, in een pleeggezin of in een gezinshuis, ontwikkelde Levvel een nieuw behandelmodel: Integratieve Gehechtheidsbevorderende Traumabehandeling bij Kinderen (IGT-K). Bij IGT-K werken we eerst aan een vertrouwensrelatie met de ouder¹ en aan de vaardigheden bij het kind, zodat traumabehandeling mogelijk wordt. Een IGT-K behandeling wordt gegeven door een EMDR-therapeut en een systeemtherapeut, die nauw samenwerken. De systeemtherapeut doet voorwerk voor de EMDR-therapeut en verzorgt daarnaast de psycho-educatie en werkt aan het bevorderen van de hechtingsrelatie tussen (pleeg)ouder en kind. De EMDR-therapeut gebruikt in de eerste fase van de behandeling versterkende EMDR-technieken gericht op het bevorderen van de gehechtheidsrelatie en zelfregulatie, en past daarna het standaard protocol EMDR voor traumaverwerking toe. Dit geïntegreerde model voor multidisciplinaire behandeling na kindermishandeling biedt een oplossing voor kinderen en (pleeg)ouders bij wie het inzetten van traumaverwerking nog niet direct haalbaar, maar wel wenselijk is.

Doelgroep

De doelgroep zijn kinderen, en hun gezinnen, van 6 tot 16 jaar, die op jonge leeftijd kindermishandeling hebben meegemaakt, en een scala aan psychische klachten hebben ontwikkeld waaronder posttraumatische stress-symptomen, gedragsproblemen, problemen met emotieregulatie en gehechtheid. Vaak is er daarbij sprake van ingewikkelde systeemproblematiek. Directe toepassing van bewezen effectieve traumabehandeling lukt niet.

Doel

IGT-K heeft als doel traumaverwerking bij het kind en verbetering van de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind, daarnaast het verbeteren van emotieregulatie en verminderen van gedragsproblemen.

Aanpak

De gebruikte technieken en mechanismen zijn:

- psycho-educatie a.d.h.v.de oudergids Integratief Opvoeden en het aanreiken van adaptieve informatie aan het kind
- Gehechtheidsbevorderende oefeningen
- Gezinstherapie met ouders
- EMDR-gerelateerde oefeningen om gehechtheid en zelfregulatie te bevorderen (RDI, G-RDI, Z-RDI)
- EMDR Verhalenmethode als ingang voor preverbaal trauma
- EMDR Standaardprotocol met aanpassingen voor de doelgroep, zoals meer speelse elementen, steun van ouders, extra interweaves en triggerprotocol.
- De behandeling vindt wekelijks plaats, gedurende 12 maanden.

Materiaal

- Oudergids Integratief Opvoeden (Wesselmann et al., 2021)
- Handboek IGT-K (Schlattmann et al., 2023)

1. Waar we in deze beschrijving het woord ouder gebruiken, bedoelen we ook pleegouders, gezinshuisouders, adoptieouders, tantes en ooms, grootouders en andere opvoeders.

- Daarnaast worden in het handboek allerlei suggesties gedaan om meer te werken met concreet en creatief materiaal dan gebruikelijk bij traumaverwerking.

Onderbouwing

Bij de doelgroep vroegkinderlijk inter-relacioneel getraumatiseerde kinderen zijn er in de klinische praktijk redenen waarom het inzetten van de effectieve behandelvormen nog niet lukt, zoals bij een onveilige situatie, ernstige problemen met gedrag of regulatie, of kinderen en jongeren die niet willen/kunnen spreken over het trauma dat zij hebben meegemaakt. Voor deze groep kan het nodig zijn om dan de eerste fase van de behandeling te gebruiken om de jeugdigen en hun opvoeders voor te bereiden op traumaverwerking. In de behandeling worden dan interventies en technieken ingezet die op dat moment noodzakelijk zijn zoals interventies gericht op het vergroten van de veiligheid, het verbeteren van emotieregulatie en leren uiten van wat is meegemaakt. Een nieuw model waarin behandeling zowel van het kind zelf als van de opvoeder(s), gericht op traumaverwerking maar ook op gehechtheid en reguleren van emoties en gedrag, uitgevoerd door een traumabehandelaar en een gezinsbehandelaar samen, is uitgewerkt in IGT-K. Het tegelijkertijd behandelen van de ouders, van de gehechtheidsrelatie én van de traumaklachten biedt een combinatie van behandelstrategieën die nodig is bij deze kinderen om hen te ontvankelijk te maken voor traumaverwerking (Schlattmann, 2023).

Onderzoek

In eerste Amerikaanse studies zijn de ervaringen met IGT-K positief: er is een afname van trauma- en gehechtheidsklachten (zie onder 4.2, onderzoeken, voor resultaten en referenties). Een eerste Nederlands SCED-studie laat ook gunstige resultaten zien (van der Hoeven et al., 2023). Bij 7 van de 8 kinderen van 4-12 jaar die recent de behandeling en het onderzoek hebben afgerond is op één of meer van de probleemgebieden een betekenisvolle afname van klachten te zien. Deze verbetering is voornamelijk te zien op het gebied van gehechtheid en emotieregulatie, maar ook traumaklachten en gedragsproblemen nemen af.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

IGT-K is bestemd voor kinderen tussen de 6 en 16 jaar die in hun voorgeschiedenis mishandeling of –verwaarlozing hebben meegemaakt en bij wie geen ingang gevonden kan worden voor een bewezen effectieve traumabehandeling zoals EMDR of TF-CBT. Bij deze kinderen is er vaak sprake van een combinatie van klachten, zoals posttraumatische stressklachten, angst- en depressieve klachten, gedragsproblemen, gehechtheidsproblematiek en zelfregulatieproblemen. De traumabehandeling wordt bij deze kinderen soms bemoeilijkt vanwege extreme vermijding of heftige ontregeling op het moment dat de traumatische gebeurtenissen bespreekbaar gemaakt worden. Het gaat om kinderen die een stabiele woonplek hebben, perspectief biedend in een pleeg- of adoptiegezin of bij hun biologische familie.

Intermediaire doelgroep

De huidige opvoeders zijn de intermediaire doelgroep. Zij krijgen tijdens de behandeling psycho-educatie over trauma en gehechtheid en leren integratieve opvoedingsstrategieën aan waarmee zij hun kind beter kunnen ondersteunen. Daarnaast fungeren opvoeders als co-regulator tijdens de behandelsessies. De huidige opvoeders noemen wij in de rest van dit document 'ouders'. Het is belangrijk om duidelijk te stellen, dat deze ouders beschikbaar zullen zijn voor het verdere leven van het kind, in elk geval tot het 18^e jaar. Daarmee kunnen zij optreden als gehechtheidsfiguur voor het kind. Het ouderlijk gezag kan soms bij biologische ouders liggen, terwijl de gehechtheidsfiguur een pleegouder is. In dat geval dient er formele toestemming (volgens de WGBO) alsmede ook inhoudelijke support voor de behandeling te zijn vanuit de biologische ouder.

Selectie van doelgroepen

De doelgroep betreft kinderen die verwezen worden naar de specialistische jeugd GGZ in verband met klachten gerelateerd aan kindermishandeling of –verwaarlozing door een primaire opvoeder in het verleden. De indicatiecriteria zijn:

1. Een voorgeschiedenis waarin een vorm van kindermishandeling of –verwaarlozing heeft plaatsgevonden.
2. Problemen op ten minste 3 van de 4 domeinen: posttraumatische stress klachten, gehechtheidsproblematiek, emotieregulatie problemen en gedragsproblemen. Dit wordt met vragenlijsten ondersteund. Hiervoor kunnen screeningslijsten worden gebruikt, bijvoorbeeld voor PTSS de Kind en Jeugd Trauma Screener (KJTS), voor gedrag de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), voor emotieregulatie de Behavior Rating Inventory of Executive Function-2 (BRIEF-2), voor gehechtheid de Attachment Insecurity Screening Inventory (AIS). Kinderen die in het klinische gebied scoren op 3 van de 4 screeningslijsten, komen in principe in aanmerking voor de interventie. Op basis van klinische indruk lijkt er bij kinderen die deelnemen aan IGT-K sprake te zijn van een onveilige gehechtheidsstijl. Voor verdiepende diagnostiek wordt geadviseerd om zowel naar het kind, de ouder, en de ouder-kind interactie te kijken. Adviezen voor verdiepende diagnostiek staan uitgebreid beschreven op blz 9.
3. Het kind groeit op binnen een stabiele woonplek/perspectief biedende plaatsing.
4. Vanwege de complexe psychische klachten bood een bewezen effectieve traumabehandeling geen mogelijkheid tot traumaverwerking of is er sprake van een klinisch oordeel dat het kind niet direct klaar is voor traumaverwerking.

Contra-indicaties zijn:

1. Foetaal Alcohol Syndroom, bij deze kinderen staan vaak een veelheid van andere psychische problemen voorop. IGT-K is dan niet passend.
2. Autismespectrumstoornis, alhoewel hier zorgvuldig naar gekeken moet worden. Symptomen van gehechtheidsproblemen kunnen lijken op symptomen van autisme spectrum problemen, dus zorgvuldige diagnostiek en afweging is nodig om vast te stellen wat er aan de hand is. Wanneer ASS op de voorgrond staat, is het bestaande IGT-K protocol niet toereikend.
3. IQ < 70. De effectiviteit bij deze groep nog niet is onderzocht, maar de komende periode zal met experts worden gekeken welke aanpassingen nodig kunnen zijn voor deze groep.
4. De huidige opvoeders zijn onvoldoende in staat om emotioneel beschikbaar te zijn voor het kind tijdens de behandeling. Dit kan in de kennismakingsgesprekken, tijdens de diagnostiekfase waarin ook naar ouders en interactie wordt gekeken, of tijdens de eerste behandelfase naar voren komen (zie onder 1.3, inhoud van de interventie). Dan wordt bepaald welke andere interventie voor ouders en/of kind wél nodig en haalbaar is. Soms wordt behandeling voor de ouder zelf geadviseerd, en kan IGT-K alsnog overwogen worden.

Betrokkenheid doelgroep

Tijdens het eerste Nederlandse onderzoek hebben er interviews plaatsgevonden met therapeuten en de betrokken opvoeders die de behandeling met hun kind gevolgd hebben. Naar aanleiding van hun input zijn er veranderingen in het protocol doorgevoerd, zodat het protocol beter aansloot op de praktijk. Zo is er bijvoorbeeld meer aandacht voor de rol van de ouder gekomen in de eerste fase van de behandeling waarin alleen nog met de ouder wordt gewerkt zonder het kind erbij, en zijn er handvatten geschreven om het oefenen van de integratieve opvoedstrategieën met ouders te vergemakkelijken.

1.2 Doel

Hoofddoel

Kinderen bij wie de reguliere traumabehandeling niet werkt, bereiken door IGT-K een vermindering van traumagerelateerde klachten. De gehechtheidsrelatie verbetert, er zijn minder emotieregulatieproblemen en minder gedragsproblemen. Dit vergroot de kans dat het kind op de woonplek kan opgroeien zonder (verdere) verplaatsing. Soms is het haalbaar dat de klachten verdwijnen, maar dit is doorgaans niet realistisch, daarom wordt ingestoken op het hanteerbaar maken ervan.

Subdoelen

Het kind leert vertrouwen te hebben in de ouder, en de steun van de ouder te kunnen ontvangen (de score op de AISI daalt mbt onveilige gehechtheidsstijlen).

Het kind leert vaardigheden om de eigen emoties te herkennen en te reguleren (de score op de BRIEF-2 daalt).

Het kind ervaart minder posttraumatische stresssymptomen (herbelevingen, hyperarousal en vermijding, de score op de KJTS daalt).

Het kind leert zijn gedrag beter te reguleren, zoals minder boze buien en minder teruggetrokken gedrag (de score op de SDQ verbetert).

Ouders verkrijgen meer kennis over trauma en gehechtheid. Ouders leren om emotioneel aan te sluiten bij hun kind en hun gedrag te begrijpen.

Ouders zijn in staat om effectieve opvoedstrategieën in te zetten om hun kind optimaal te kunnen ondersteunen. Deze vaardigheden bij ouders zijn nodig, om hun kind te ondersteunen bij het verminderen van gedragsproblemen, emotieregulatieproblemen, gehechtheidsproblemen en traumaverwerking.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Bij IGT-K wordt eerst aan een vertrouwensrelatie met de ouder en aan de vaardigheden bij het kind gewerkt, voordat het trauma behandeld wordt. Een IGT-K behandeling wordt gegeven door twee therapeuten, een EMDR-therapeut en een systeemtherapeut, die nauw samenwerken. In de behandelbeschrijving is precies aangegeven wie welke taken heeft. De systeemtherapeut doet voorwerk voor de EMDR-therapeut en verzorgt daarnaast de psycho-educatie en werkt aan het bevorderen van de gehechtheidsrelatie tussen (pleeg)ouder en kind. De EMDR-therapeut gebruikt in het begin van de behandeling versterkende EMDR-technieken gericht op het bevorderen van de gehechtheidsrelatie en zelfregulatie, en past daarna het standaard protocol EMDR voor traumaverwerking toe. De behandeling duurt ongeveer een jaar en bestaat uit drie fasen:

Behandelfase 1: Integratief Opvoeden.

In deze fase heeft de gezinstherapeut 10 sessies met enkel de opvoeders waarin psycho-educatie omtrent gehechtheid en trauma wordt gegeven. Daarnaast wordt er ook stilgestaan bij de eigen achtergrond van ouders en de eventuele aanwezigheid van opvoedtrauma's. De sessies duren 60 minuten. De oudersessies zijn van cruciaal belang, omdat ouders stoom kunnen afblazen en zichzelf leren reguleren, informatie kunnen vergaren en erkenning krijgen voor hun dagelijkse uitdagingen in de opvoeding van het kind.

Behandelfase 2: Gehechtheids- en regulatiefase

Deze behandelfase duurt twaalf weken met sessies door de gezinstherapeut en sessies door de EMDR-therapeut. De gezinstherapeut begint met vier wekelijkse sessies en zal daarna een lagere frequentie aanhouden van één sessie per twee weken. Met uitzondering van de eerste sessie met de EMDR-therapeut zijn kind en opvoeder(s) in behandelfase 2 bij alle sessies gezamenlijk aanwezig.

Behandelfase 3: Traumaverwerkingsfase

De derde fase beslaat zestien weken, waarin wekelijks een sessie plaatsvindt met de EMDR-therapeut en om de week een sessie met de gezinstherapeut. Deze fase duurt 16 weken.

Inhoud van de interventie

Werving, aanmelding en voorbereiding

Wanneer kinderen forse trauma gerelateerde klachten hebben maar directe traumaverwerkingstherapie hiervoor niet lukt, is IGT-K een goede mogelijkheid. Therapeuten die opgeleid zijn in IGT-K zijn te vinden bij de grote jeugd ggz instellingen, en via de website www.igtk.nl. Allereerst zal een goede voorbereiding en diagnostiek nodig zijn, om mogelijke belemmeringen in kaart te brengen en aan te pakken. Het is van belang dat er commitment is van betrokkenen in het systeem om het kind heen, om de behandeling aan te gaan. Overleg met school, indien van toepassing

jeugdbescherming, en familie moet worden gezocht. Als er biologische ouders zijn die niet zelf de opvoeding doen, dan is hun toestemming nodig voor het kind. Verder zal het nodig zijn om feitelijke informatie over de voorgeschiedenis van het kind, de meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen, waar het gewoond heeft en wie voor hem/haar gezorgd heeft, te verzamelen vanuit het dossier en de betrokken volwassenen. Lopende juridische procedures dienen afgesloten te zijn, en heldere afspraken over omgang met biologische ouder(s).

Bij IGT-K kan het zeer behulpzaam zijn om een medebehandelaar te betrekken, om het werk van de gezins- en EMDR-therapeut te versoepelen, en om grootoverleggen met alle betrokken partijen te organiseren op gezette tijden. Daarnaast kan de medebehandelaar de school actief betrekken tijdens de behandeling. Overleg met school vindt plaats bij aanvang van behandeling en bij fase-overgangen. Er is psycho-educatie materiaal voor leerkrachten, zodat er begrip en samenwerking ontstaat, en school handvatten krijgt aangereikt hoe om te gaan met lastig gedrag.

Diagnostiek

In de diagnostische fase dient naast een gegronde intake, ontwikkelingsanamnese, en dossieranalyse, ook de ouderanamnese te worden gedaan en een genogram en sociogram. Dit wordt aangevuld met vragenlijsten voor kind, ouder en de interactie. De klachtengebieden om in kaart te brengen omvatten PTSS, gedrag, emotieregulatie en gehechtheid. Hiervoor kan gestart worden met screenende lijsten om het risico op psychopathologie in kaart te brengen, en vervolgens worden aangevuld met diagnostische instrumenten om het vaststellen van klinische diagnoses te ondersteunen (voor uitgebreid overzicht, zie H3 van Schlattmann ea 2023). Of uiteindelijk een diagnose kan worden vastgesteld of dat de traumagerelateerde klachten op subklinisch niveau liggen is niet meer doorslaggevend voor het wel of niet doorgaan met IGT-K. Van belang is wel om te weten welke onveilige gehechtheidsstijl prominent is.

In deze fase wordt een inschatting gemaakt van mogelijke belemmeringen voor behandeling die aangepakt moeten worden. Te denken aan duidelijkheid over welke ouder (gehechtheidsfiguur) samen met het kind de behandeling gaat doen, de intentie van deze ouder om voor lange tijd in het leven van het kind te blijven, en de toestemming van de ouder aan het kind om de behandeling te volgen wanneer de ouder zelf een rol heeft gehad in de traumatisering. Ook wordt nagegaan of het kind kennis heeft van de ingrijpende gebeurtenissen die het heeft meegemaakt toen het zelf te jong was om het te kunnen begrijpen. Er wordt uitgezocht of er een verhalenmethode is ingezet of dat dit nog moet gebeuren, met als doel om het kind de benodigde informatie te verschaffen en een narratief voor hem te maken dat behulpzaam kan zijn bij de betekenisverlening (Hein, 2021).

Behandelfase 1

In de behandelfase 1 (Integratief Opvoeden) is er ruimte voor kennismaking, een gedetailleerde uitleg over de werkwijze binnen IG-K en het behandelmodel en psycho-educatie op het gebied van trauma en gehechtheid. De psycho-educatie wordt gegeven aan de hand van het Nederlandse boek Integratief Opvoeden: Strategieën voor de opvoeding van kinderen met gehechtheidstrauma (Wesselmann et al., 2021). In Tabel 1 staat per sessie welk onderwerp aan de orde komt. Ouders leren welke invloed gehechtheidsbreuken en ingrijpende gebeurtenissen hebben op de ontwikkeling van jonge kinderen en hoe dit kan doorspelen in huidige reacties en gedragingen van hun kind. Ook leren zij welke reactie van henzelf het meeste effectief zijn opdat hun kind zich

rustig en veilig kan voelen, verstandige keuzes kan leren maken, en anderen kan leren vertrouwen. Ouders oefenen met omgaan met lastig gedrag van hun kind. Ook is er aandacht voor de ouders zelf, hoe hun eigen geschiedenis invloed kan hebben op hun huidige reacties op hun kind, en hoe ze zelf meer kalm en mindful kunnen blijven. Verder leren ouders om hun kind te begrenzen vanuit verbinding. Na fase 1 dienen ouders in staat te zijn om hun kind voldoende te kunnen ondersteunen in de behandelsessies van fase 2 en 3. In de wekelijkse sessies stelt de gezinstherapeut vast of de ouder de integratieve opvoedstrategieën begrijpt en er mee aan de slag gaat. Indien dit nog niet bereikt is, dan worden in het handboek allerlei suggesties gedaan voor vervolg interventies: dit betreffen interventies die gericht zijn op wat er nog meer nodig is om de ouders wél in staat te stellen om door te gaan met IGT-K, zoals bijvoorbeeld extra interventies op gehechtheid of opvoedgedrag; of er wordt een inschatting gemaakt of een andere ouder verder kan gaan met het kind naar de volgende fase. Als er sprake is van verstoring opvoedgedrag, dan moet dit eerst aangepakt worden en stoppen voordat de betreffende ouder met het kind de volgende fase kan doen.

Tabel 1
Behandelfase 1 'Integratief Opvoeden'

Sessies	
Sessie 1	Met de EMDR-therapeut ^a samen met ouders, uitleg IGT-K en het Behandeld informed consent doornemen
Sessie 2	Uitvragen eigen achtergrond ouders
Sessie 3	Doornemen Anamneselijst IGT-K
Sessie 4 t/m 10	Psycho-educatie ^b Sessie 4 De invloed van het verleden op je kind Sessie 5 Bange kinderen, geen enge kinderen Sessie 6 Verbindingen creëren Sessie 7 Omgaan met emotionele uitbarstingen Sessie 8 Omgaan met andere vormen van lastig gedrag Sessie 9 Een gelukkiger ouder worden Sessie 10 Grenzen en consequenties met liefde en afstemming

^a De EMDR-therapeut is verder niet betrokken bij deze behandelfase

^b De sessies 4 t/m 10 bestaan uit psycho-educatie aan de hand van *Integratief opvoeden: Strategieën voor de opvoeding van kinderen met gehechtheidstrauma* (Wesselmann et al., 2021). Integratief Opvoeden geeft informatie over gehechtheidstrauma op de hersenontwikkeling. Ouders krijgen vaardigheden en strategieën aangereikt die het functioneren van het kind kunnen verbeteren door de gehechtheid te bevorderen, zoals de inzet van affectie, emotionele afstemming en spel. Ouders leren met behulp van mindfulness, om zichzelf te reguleren en hun kind hierbij te steunen. Ook leren ouders reflecteren over zichzelf, hun eigen cognities en achtergrond en de invloed hiervan op de interactie met het kind.

Behandelfase 2

In behandelfase 2 (Gehechtheids- en regulatiefase) is de volgorde van de oefeningen in alle behandelfasen van de gezinstherapeut en EMDR-therapeut dusdanig op elkaar afgestemd dat de oefeningen op elkaar aansluiten. Door het protocol in de juiste volgorde te doorlopen, kent het kind bepaalde concepten die hij met de EMDR-therapeut behandelt al, omdat deze concepten reeds in een sessie met de gezinstherapeut zijn geïntroduceerd.

De oefeningen die tijdens fase 2, aan bod komen staan in Tabel 2 weergegeven. De gezinstherapeut behandelt tijdens de behandeling oefeningen die gericht zijn op het bevorderen van de waarneming van lichaamssensaties en gevoelens, het aanreiken van adaptieve informatie en zelfregulatievaardigheden. Alle oefeningen zijn uitgebreid beschreven in het boek voor therapeuten (Schlattmann ea 2023).

De EMDR-therapeut maakt in behandel fase 2 gebruik van 3 soorten oefeningen:

1. RDI (resource development and installation)
Deze oefeningen ondersteunen het kind in het creëren van een veilige plek en helpen om de toegang tot positieve gevoelens bij het kind te vergroten. Positieve ervaringen worden opgehaald en versterkt, zodat de draagkracht toeneemt.
2. G-RDI (Gehechtheidsbevorderende-RDI)
Met deze oefeningen worden de nabijheid, de verbinding en de positieve gevoelens tussen de ouder en het kind vergroot en de gehechtheidsrelatie versterkt door in de oefeningen positieve interacties te creëren en verstevigen.
3. Z-RDI (Zelfregulatie-RDI)
Bij Z-RDI richten de oefeningen zich op het versterken van het vermogen van het kind om zich te reguleren. Z-RDI bevat bijvoorbeeld ook mindfulness- en ontspanningsoefeningen.

Tabel 2
Behandel fase 2 'Gehechtheids- en regulatiefase'

Sessies	Sessies gezinstherapeut in behandel fase 2	Sessies EMDR-therapeut in behandel fase 2
Sessie 1	Kennismaken met kind ^a Buikademhaling	
Sessie 2	Raampje Spaghetti	Kennismaken met ouders, tijdlijn en casusconceptualisatie
Sessie 3	Gevoelens komen en gaan	Kennismaken met kind en tijdlijn met kind (indien mogelijk)
Sessie 4	Hersenswerk: Denkhoofd en Gevoelshoofd Praten tegen het brein	Start voorbereiden therapeutisch verhaal Spaghetti Magisch koord van liefde
Sessie 5	Contactmoment ^b	Mindfulness Mindfulness met afbeeldingen
Sessie 6	Taken van mama's en papa's	Buikademhaling Cirkel van liefde
Sessie 7	Contactmoment ^b	Competentieherinnering Berichten van liefde
Sessie 8	Wat baby's nodig hebben Cirkel van vertrouwen	Veilige plek Vlinderknuffel Liedjes
Sessie 9	Contactmoment ^b	Baby spelen Rozijnenspel
Sessie 10	Uitleg kleine kind vanbinnen met behulp van matroesjkapoppen	Veilige plek voor het kleine kind vanbinnen Praten met het kleine kind vanbinnen
Sessie 11	Contactmoment ^b	Praten tegen je hersenen Praten tegen je lichaam
Sessie 12		Uitleg EMDR en de rem

^a Het kind is bij alle sessies aanwezig

^b Het contactmoment met de opvoeders vindt telefonisch plaats of via beeldbelcontact.

Behandelfase 3

Tijdens behandelfase 3 (traumaverwerkingsfase) richt de EMDR-therapeut zich op de verwerking van de traumatische gebeurtenissen middels EMDR. De EMDR-therapeut gebruikt hiervoor de EMDR-verhalenmethode en het EMDR-standaardprotocol, soms met aanpassingen (Tabel 3). Het is bij deze kinderen vaak niet mogelijk om elke sessie in behandelfase 3 aan traumaverwerking te besteden. Soms moet het kind weer even op adem komen en heeft het een sessie nodig waarin alleen G-RDI of Z-RDI oefeningen herhaald worden. De EMDR-therapeut zal creatieve aanpassingen moeten doen tijdens de EMDR, omdat deze kinderen vaak moeite hebben met stilzitten en zich concentreren, gemakkelijk ontregeld raken en niet beschikken over de juiste, adaptieve informatie. Ook wordt er gebruik gemaakt van meer interweaves dan bij reguliere EMDR en van het triggerprotocol, waarbij een huidige trigger wordt aangepakt en helpende informatie wordt aangereikt. De gezinstherapeut werkt met het kind en de ouder aan vaardigheden, waaronder het leren herkennen van triggers en achterliggende negatieve overtuigingen, waarbij de domino-techniek wordt gebruikt. De gezinstherapeut noemt dit detectivewerk, en geeft de informatie uit de sessies door aan de EMDR-therapeut voor verwerking.

Tabel 3
Behandelfase 3 'Traumaverwerkingsfase'

Sessies	Sessies gezinstherapeut in behandelfase 3	Sessies EMDR-therapeut in behandelfase 3
Sessie 1	Waardering voor het kleine kind vanbinnen	Casusconceptualisatie en therapeutisch verhaal definitief maken, uitleg aan ouders (zonder kind)
Sessie 2	Contactmoment ^a	Sessies 2 t/m 14 zijn gewijd aan traumaverwerking met behulp van EMDR ^b . Herhaal de voorbereidende oefeningen en gebruik het therapeutisch verhaal of het triggerprotocol als het standaardprotocol nog niet toepasbaar is. Schat tijdens elke sessie opnieuw in hoeveel weken traumaverwerking het kind achter elkaar aankan zonder te veel toename van vermijding. Bouw sessies in waarin enkel RDI, G-RDI en Z-RDI aan bod komen om het kind niet te overvragen.
Sessie 3	Domino-effect	
Sessie 4	Contactmoment ^a	
Sessie 5	Verleden, heden, toekomst	
Sessie 6	Contactmoment ^a	
Sessie 7	Focus op triggers	
Sessie 8	Contactmoment ^a	
Sessie 9	Creatieve oefening	
Sessie 10	Contactmoment ^a	
Sessie 11	Vaardigheden toepassen op triggers	
Sessie 12	Contactmoment ^a	
Sessie 13	Communicatiespel	
Sessie 14	Contactmoment ^a	
Sessie 15	Hoog/laag alarm	
Sessie 16	Contactmoment ^a	
	Indien nodig herhaling van de principes van integratief opvoeden	
Afronden	Afscheidsritueel, terugvalpreventie, nazorg	Afscheidsritueel, terugvalpreventie, nazorg (een therapeut blijft beschikbaar als terugvalpreventie en follow-up contact).

^a Het contactmoment met de opvoeders vindt telefonisch plaats of via een beeldbelcontact.

Monitoring

Het beloop van de klachten gedurende de behandeling wordt gemonitord met de eerder genoemde screenende vragenlijsten (bv de KJTS, SDQ, BRIEF-2 en AISI, bij elke overgang naar een volgende fase). Soms behouden kinderen bepaalde klachten, maar hebben ouders voldoende handvatten om er mee om te gaan.

Afsluiting en terugvalpreventie

Een goede afronding is belangrijk. Er wordt een terugvalpreventieplan gemaakt, en ook een afsluitend ritueel met een blijvende herinnering in de vorm van een diploma waarop behaalde vaardigheden of belangrijke helpende elementen uit de behandeling een plek kunnen krijgen. In een terugvalpreventieplan wordt beschreven wat signalen kunnen zijn om op te letten in nieuwe ontwikkelingsfasen, wat ouders en anderen kunnen doen, en wie zij kunnen benaderen voor ondersteuning of hulp.

2. Uitvoering

Materialen

- Oudergids Integratief Opvoeden (Wesselmann et al., 2021) https://www.bsl.nl/shop/integratief-opvoeden-9789036825979?gclid=Cj0KCQiA0oagBhDHARIsAI-BbgdxP8Lby-fK4TImYzY8b7WKp9It_bnJnwY5FkB5jf97dhtSgnD2LeQaApVQEALw_wcB
- Handboek IGT-K (Schlattmann et al., 2023) <https://www.bsl.nl/shop/igt-k-9789036828406>
- In het handboek worden aanbevelingen gedaan voor screenende en diagnostische instrumenten die voorafgaand, tijdens en na afloop van de behandeling kunnen worden ingezet.
- Flashcards, werkbladen en online bijlagen gerelateerd aan bovenstaande twee boeken worden er met een code bij geleverd
- Matroesjka poppetjes en ander creatief materiaal te gebruiken tijdens sessies (papier, stiften, schaar, beestjes, poppen, etc.) kan de therapeut zelf aanschaffen.

Locatie en type organisatie

0 Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren

0 Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning

X Gespecialiseerde hulp

Organisaties voor gespecialiseerde jeugd-GGZ, hieraan gelieerde pleegzorginstellingen, of geïntegreerde jeugdzorg kunnen IGT-K uitvoeren.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De vooropleidingseisen om de gezinstherapie van IGT-K uit te voeren zijn HBO of WO geschoolde NVRG systeemtherapeut of een BIG geregistreerde therapeut met systemische kennis die liefst ook geschoold is in EMDR. Wanneer de toelatingscommissie van RINO twijfelt of de systeemtherapeut kennis en ervaring heeft op het gebied van gehechtheid, wordt bij de kandidaat opgevraagd waar deze uit bestaat en een beoordeling door de opleiders gedaan.

De vooropleidingseisen om de EMDR-therapie van IGT-K uit te voeren zijn het hebben doorlopen van de EMDR basis- en vervolgcursus met goed succes en EMDR practitioner zijn of in opleiding daartoe.

De IGT-K opleiding bij RINO Amsterdam omvat 2 scholingsdagen:

<https://www.rino.nl/cursus/integratieve-gehechtheidsbevorderende-traumabehandeling-voor-kinderen>

Na het volgen van de opleiding volgt minimaal 16 keer supervisie (12 groepssupervisies en 4 individuele supervisies) over IGT-K behandelingen om vervolgens in aanmerking te komen om geregistreerd- en gecertificeerd te worden als IGT-K therapeut. Accreditatie is toegekend door VEN en andere nascholingsregisters.

Kwaliteitsbewaking

Middels de IGT-K opleiding en daaropvolgende supervisies wordt de kwaliteit bewaakt. Therapeuten wordt geadviseerd om ook na afronding van de verplichte supervisie, zelf te

blijven zorgen voor regelmatige supervisie of intervisie. Ook gecertificeerde therapeuten wordt geadviseerd om met 4-5 collega's een intervisie groep op te zetten.

De IGT-K stuurgroep bij Levvel blijft bereikbaar voor vragen over supervisie, casuïstiek, aanmeldingen, en specifieke vragen van instellingen.

Randvoorwaarden

Onder de randvoorwaarden vallen opgeleide en beschikbare therapeuten, die in een koppel samen kunnen werken. Voor de diagnostiek zijn de geadviseerde vragenlijsten nodig, evenals voor het monitoren van het beloop. Een maandelijks supervisie wordt geadviseerd. De therapeuten dienen te beschikken over een vaste therapiekamer (vanwege het gebruik van benodigde materialen) en EMDR apparatuur.

Implementatie

Opname van IGT-K in het aanbod van een instelling vraagt vaak om goedkeuring en facilitatie vanuit een kennislijn en directie/management. In overleg kunnen ontwikkelaars hierbij helpen, en presenteren over de IGT-K behandeling en resultaten.

Voor implementatie van IGT-K in een instelling, is het nodig dat er ten minste 2 opgeleide therapeuten werken. Het advies is om dit team per instelling uit te breiden tot 4 of 5, zodat bij uitval of verlof ook kan worden waargenomen en het aanbod niet stil komt te liggen. Tevens is een groepje van 4-5 beter geschikt voor intervisie.

Instellingen die meedoen aan het vervolgonderzoek naar IGT-K, volgen gedurende de onderzoeksperiode supervisie voor kwaliteitsbewaking.

Kosten

Personele kosten (uurtarief bepaald door gemeente en instelling, indicatie is €100,-):

15 uur voor diagnostiek

209 uur voor behandeling

Materiele kosten:

Kosten boek Integratief Opvoeden: 29,95 euro

Kosten handleiding IGT-K: 48,- euro

Opleiding: zie huidige prijs website RINO, in 2023 was de prijs 790,-

Supervisie: zie prijs op www.igtk.nl, afhankelijk van de groepsgrootte.

3. Onderbouwing

Probleem

Jaarlijks maken rond de 120.000 kinderen in Nederland kindermishandeling mee. Het gaat hier om lichamelijke en emotionele mishandeling, lichamelijke en emotionele verwaarlozing, seksueel misbruik en combinaties van deze vormen (Stoltenborgh et al., 2013). Kindermishandeling laat blijvende sporen na. Directe gevolgen zijn lichamelijke schade en psychische problemen zoals angst, depressie, gedragsproblemen of een posttraumatische stress stoornis (Jonkman, 2013). En wanneer deze niet adequaat worden aangepakt, speelt dit door in de rest van de levensloop en hebben deze kinderen meer risico om in aanraking te komen met criminaliteit, geen duurzame relatie te kunnen aangaan, minder goed een opleiding te kunnen afmaken of een baan te kunnen behouden en problemen te ervaren in de opvoeding van eigen kinderen (Kerig 2015; Kiesel, Piescher, & Edleson, 2016; Romano, Babchishin, Marquis, & Fréchet, 2015). Ook het risico op gezondheidsproblemen stijgt aanzienlijk, zoals middelengebruik, obesitas, suikerziekte en hart- en vaatziekten (Herrenkohl, 2021).

Naast de psychische problemen van het kind zelf kenmerkt de doelgroep zich door problemen die betrekking hebben op hun ouders/verzorgers en opvoedingsomgeving. Het gaat samenvattend om kinderen en jongeren die met name chronisch interrelationeel vroegkinderlijk trauma hebben meegemaakt, vaak als gevolg van seksueel misbruik, verwaarlozing, huiselijk geweld, of een andere vorm van kindermishandeling, waarbij er sprake is van een onveilige thuissituatie en waarbij ook de ouders/verzorgers vaak zelf getraumatiseerd zijn en psychische problemen hebben of waarbij er sprake is van een pleeggezinplaatsing met ingewikkelde systeemproblematiek.

De directe gevolgen van kindermishandeling op het psychosociaal functioneren van het kind worden teruggezien in diverse symptomen, die verder reiken dan de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS). Het klinisch klachtenprofiel van deze kinderen en jongeren, die op jonge leeftijd binnen de relatie met de primaire verzorger kindermishandeling hebben meegemaakt, bestaat uit PTSS, maar ook emotionele en gedragsproblemen, en problemen op het gebied van gehechtheid (Raby, Labella, Martin, Carlson, & Roisman, 2017;

Een directe traumaverwerkingstherapie moet worden ingezet wanneer het kan, maar is bij deze meervoudige problemen vaak niet toereikend. Er zijn twee bewezen effectieve traumatherapie n beschikbaar die wereldwijd worden ingezet om trauma te behandelen: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; www.emdr.nl) en cognitieve gedragstherapie (bijvoorbeeld Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy; www.tfcbt.nl). In de praktijk blijkt echter dat er hoge uitval is (een kwart tot twee derde) en dat kinderen die niet kunnen of willen praten over wat ze hebben meegemaakt, of van wie de ouders/opvoeders niet goed weten hoe ze met het 'lastige' gedrag van hun kind moeten omgaan, niet goed in behandeling komen (Van der Hoeven, 2022). Bij deze kinderen blijven de klachten voortbestaan of worden deze erger, met het risico dat de kinderen niet langer in hun gezin kunnen opgroeien en soms meerdere keren ergens anders worden geplaatst in bijvoorbeeld een pleeggezin, gezinshuis of groep.

Oorzaken

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom kinderen niet met een evidence based traumaverwerkingsbehandeling geholpen kunnen worden. Er is een veelheid aan symptomen, die soms niet met een eenduidige benadering bereikt kunnen worden. Kinderen kunnen door een sterke vermijding niet praten over wat ze hebben meegemaakt. Kinderen kunnen dusdanig emotioneel onregelmatig dat een traumaverwerking niet uitgevoerd kan worden, ze blijven bijvoorbeeld niet in de gesprekskamer of trekken de inhoud uit een kast. Kinderen hebben soms onvoldoende vertrouwen in volwassenen die voor hen zorgen, om hun verhaal aan hen toe te vertrouwen en zich kwetsbaar te kunnen tonen. En de volwassenen hebben soms onvoldoende handvatten om hun kind te ondersteunen en begeleiden. Ook kan het zijn dat kinderen onvoldoende weten over wat er gebeurd is in hun leven toen ze jong waren en hoe dit van invloed kan zijn op hun huidige klachten. Dit maakt dat een combinatie van verschillende benaderingen, gericht op verschillende klachten die onderling samenhangen tegelijk, aangewezen lijkt.

De interventies die passend zijn bij deze doelgroep kennen verscheidene theoretische achtergronden: 1. het cognitieve model of trauma-verwerkingsmodel, waarvoor als effectieve interventies EMDR en trauma gerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) beschikbaar zijn; 2. het gehechtheidsmodel waarvoor meerdere interventies ontwikkeld zijn, zoals traumasensitief ouderschap, onderdelen van de TF-CBT, Parent Child Interaction Therapy, VIPP-SD, Basic Trust, Theraplay e.a.; en 3. het systeemtheoretisch model waarbij interventies o.a. ook traumasensitief ouderschap, systeemtherapie, betrekken van het netwerk en behandeling van ouders omvatten. Tot voor kort was er geen model dat deze verschillende behoeften tegelijkertijd kon bieden. IGT-K heeft de verschillende therapeutische behoeften geïntegreerd in één model, waarbij op een gestructureerde manier multidisciplinair wordt samengewerkt.

Aan te pakken factoren

Voor deze groep bij wie het niet lukt om een directe evidence based traumaverwerkingstherapie uit te voeren, is het nodig om de eerste fase van de behandeling te gebruiken om de jeugdigen en hun opvoeders voor te bereiden op traumaverwerking.

Dit gaat om:

- Veiligheid en netwerk: interventies gericht op het vergroten van de veiligheid, waarbij het gehele systeem wordt betrokken en op één lijn zal komen ten aanzien van behandeling van het kind.
- Emotieregulatie: Kinderen die forse problemen hebben met emotieregulatie zullen onregelmatig wanneer er over de gebeurtenissen wordt gesproken, en zullen worden voorbereid middels vaardigheden voor emotieregulatie.
- Posttraumatische stress symptomen: Bij kinderen die niet kunnen of willen praten over wat er gebeurd is, wordt naast het bovenstaande, ook gewerkt middels verhalenmethoden. De EMDR verhalenmethode helpt bij het behandelen van preverbaal trauma. EMDR wordt ingezet op onverwerkte herinneringen die nog klachten geven.
- Gehechtheidsrelatie: Kinderen krijgen steun bij hun regulatie en leren vertrouwen op anderen, doordat met ouders wordt gewerkt aan het verbeteren van de gehechtheidsrelatie.
- Gedragsproblemen: Doordat ouders en kinderen meer leren over de impact van trauma en gehechtheidsproblemen (psycho-educatie en adaptieve informatie), en vaardigheden leren om hiermee om te gaan, nemen gedragsproblemen af. Ook

behandeling van emotieregulatie en posttraumatische stressklachten draagt bij aan afname van gedragsproblemen.

Verantwoording

Binnen IGT-K zijn op een integratieve wijze, verschillende therapeutische benaderingen opgenomen en aangepast, die samen ingaan op de klachten bij het kind en de ouder. De verschillende behandelvormen waarvan gebruik wordt gemaakt zijn psycho-educatie, systeemtherapie, EDMR, gehechtheidsbevorderende interventies, mindfulness, cognitieve interventies, verhalenmethoden (narratieve systeemtherapie), emotieregulatie vaardigheden, mentaliseren bevorderende therapie en schematherapie. In de klinische praktijk wordt door praktijkprofessionals regelmatig gebruik gemaakt van bovengenoemde benaderingen die gecombineerd worden of na elkaar toegepast, soms wordt overgestapt van de ene op de andere wanneer een behandeling stagneert, soms wordt een systeembehandeling toegevoegd of geïntensiveerd. Verschillende benaderingen kennen enige overlap qua werkzame elementen. Bij comorbiditeit van posttraumatische stresssymptomen, gehechtheidssymptomen, gedragsproblemen en emotieregulatieproblemen heeft het de voorkeur om waar mogelijk te starten met traumaverwerking, maar waar dat nog niet lukt lijkt het voor de hand te liggen om meerdere probleemgebieden tegelijk te benaderen. Door de behandelvormen op een geprotocolleerde wijze te integreren, biedt het de therapeuten houvast en een volgorde waarbij de oefeningen en de sessies van de beide afzonderlijke therapeuten goed op elkaar aansluiten. Eerste ervaringen met het geïntegreerde model zijn positief, maar de combinatie met onderzoek is onmisbaar.

- Psycho-educatie heeft tot doel om ouders meer kennis te geven over wat er achter het gedrag van het kind schuilgaat en welke invloed vroege traumatisering heeft op de neurobiologie van het kind, en op welke wijze dat nu het gedrag van het kind aanstuurt. Door meer begrip van de ouder, is de veronderstelling dat de ouder-kind relatie verbetert en de ouder beter in staat is tot mentaliseren over het kind (De Wolf et al, 2017).
- Vanuit systeemtherapie wordt gewerkt vanuit meerdere perspectieven: gehechtheidsgericht, narratief, communicatief cognitief-gedragsgericht, gezinsontwikkelingsgericht, ervaringsgericht. Hiermee wordt beoogd om de gezinsrelaties te verbeteren en de gehechtheid te bevorderen (Savenije, 2014).
- Door met ouders te oefenen om emotioneel aan te sluiten bij het kind, door op een speelse manier te reageren en te onderzoeken waar het kind behoefte aan heeft, door het metalliseren te bevorderen, wordt verondersteld dat de gehechtheidsrelatie verbetert en het lastige gedrag afneemt. De IGT-K oefeningen in fase 2 bevatten elementen die voortvloeien uit hechttingsgerichte gezinstherapie (Hughes, 2018), theraplay (Booth, 2009) en mentaliseren bevorderende behandeling (Verheugt-Pleiter, 2009), die alle beschreven staan in de richtlijn problematische gehechtheid, alhoewel de bewijskracht nog ontbreekt. Ook krijgt de ouder concrete oefeningen om vanuit gehechtheidsbevorderende therapie, de nabijheid met het kind te verbeteren, speels en plezierig contact te maken, en ook fysieke nabijheid te bieden. Dit vindt onder andere plaats door middel van G-RDI oefeningen.
- Mindfulness voor ouder en kind is opgenomen in IGT-K, om de ouder te leren om zichzelf te reguleren, en daarna co-regulator te kunnen zijn voor het kind. Dit helpt om gedragsproblemen en emotieregulatieproblemen te verminderen is de veronderstelling (Siegel, 2010).

- Door middel van de 'domino techniek' bekend vanuit de cognitieve gedragstherapie (Linehan 1993), wordt met ouders en kind samen uitgezocht wat de negatieve overtuigingen zijn van zowel ouder als kind, en hoe de cascade aan escalerende situaties gestopt kan worden. Hiermee beogen ouder en kind vaardigheden te leren om emotieregulatie- en gedragsproblemen te verminderen.
- Verhalenmethoden, en specifiek de EMDR verhalenmethode, wordt ingezet om het kind ontbrekende essentiële informatie aan te reiken, zodat het kind en de ouder inzicht krijgen in de relatie tussen de ingrijpende gebeurtenissen en de huidige klachten. Hiermee kan de traumaverwerkingsfase worden gestart, en de PTSS-klachten aangepakt. Er is een stappenplan waarmee de therapeut, samen met ouders, uitgaande van de huidige klachten, een therapeutisch EMDR verhaal kan opstellen.
- Oefening voor het verbeteren van emotieregulatie, zoals oefeningen gericht op het leren kennen van emoties, het waarnemen ervan, de bijbehorende lichaamssensaties, en mindfulness, richten zich op het verminderen van deze klachten.
- Er wordt gewerkt met de metafoor 'het kleine kind vanbinnen', bekend vanuit de schematherapie (Loose et al 2015), om met het kind en de ouder te onderzoeken en inzicht te krijgen in de binnenwereld van het kind en hoe de vroege ervaringen nu nog soms een rol spelen in het huidige gedrag. De veronderstelling is hiermee gedragsproblemen en psychotraumaklachten aan te pakken.
- Als basis wordt het Nederlandse standaard protocol gebruikt voor traumaverwerking met EMDR, om de psychotraumaklachten te verhelpen. Er zijn EMDR gerelateerde technieken toegevoegd om het kind voor te bereiden op de EMDR traumaverwerking, deze bevatten technieken gericht op gehechtheid, zelfregulatie en gebruikelijk versterkende technieken. Verder, zijn er mogelijkheden voor EMDR therapeuten om met meer creatief materiaal, spel, en helpende zinnen te werken met kinderen die weerstand hebben in behandeling, of door eerst te beginnen met het aanpakken van triggers middels EMDR.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Publicatie 1: Bereikoverzicht IGT-K (intern verslag dd nov 2022).

Een korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen: Vanaf 2017 is het onderzoek gestart en de dataverzameling bij jeugdigen en gezinnen die met IGT-K behandeld werden. Van 2018 tot 2021 zijn 15 jeugdigen en gezinnen die in aanmerking kwamen voor IGT-K, bij de 3 instellingen in Nederland, benaderd voor onderzoeksdeelname. Nadat de inclusiefase van deze SCED studie was gesloten, zijn doorlopend nieuwe behandelingen gestart. Ook zijn er meer therapeuten geschoold, nu met de RINO opleiding komen er twee keer 30 therapeuten per jaar bij. Een koppel van therapeuten is ongeveer een jaar bezig met 1 behandeltraject, en mogelijk doen ze 2 behandeltrajecten gelijktijdig.

Vanaf 2023 is het mogelijk geworden om het vervolgonderzoek op te zetten. Hierin zal een grotere groep jeugdigen en gezinnen worden gevolgd, tot 2026.

Publicatie 2 (zie ook onder 4.2):

- A. Van der Hoeven, M. L., Plukaard, S. C., Schlattmann, N. E. F., Lindauer, R. J. L., & Hein, I. M. (2023). An integrative treatment model of EMDR and family therapy for children after child abuse and neglect: A SCED study. *Children and Youth Services Review*, Volume 152,
- B. Het betreft een ABC Single-Case Experimental Design (SCED) met gerandomiseerde baseline periodes. De metingen zijn onder andere uitgevoerd met de CRIES, AISI, SDQ, BRIEF. De doelgroep bestond uit 15 kinderen met een achtergrond van kindermishandeling of -verwaarlozing die perspectief biedend opgroeien en te maken hebben met een complex klachtenprofiel van PTSS, gedrag, emotieregulatie en gehechtheid.
- C. Door maandelijkse supervisie van de deelnemende therapeuten aan het onderzoek, zijn alle vragen en knelpunten waar men tegenaan liep, direct geadresseerd en meegenomen door de IGT-K stuurgroep. Van de supervisiebijeenkomsten en ingebrachte vragen zijn notulen gemaakt. In het handboek zijn oplossingen beschreven voor de problemen die in de uitvoeringspraktijk voorkwamen. De problemen hadden regelmatig te maken met een gebrekkige voorbereiding, waardoor later in het behandeltraject stagnatie optrad. De punten die zijn aangepast betreffen onder andere: aanscherpen van de aanmeldprocedure, aanvullende diagnostiek voor ouders, een hoofdstuk over hoe om te gaan met de verschillende gehechtheidsstijlen, en het beschikbaar zijn van een verhalenmethode voorafgaand aan de start van behandeling.
- D. Alle therapie sessies in het IGT-K SCED onderzoek zijn op video opgenomen. Deze zijn naderhand beoordeeld op behandelintegriteit. Ook werd elke sessie door de therapeut een sessieformulier ingevuld met details over de sessie en welke onderdelen van het protocol waren uitgevoerd, en indien van het protocol was afgeweken een argumentatie.
Dit is in het artikel beschreven. Hieruit bleek dat 88,78% van deze beoordeelde sessies protocollair werden uitgevoerd; 9,18% van de sessies volgde het protocol, maar er werden tijdens de sessie kleine wijzigingen aangebracht vanwege de specifieke behoeften van het kind en het gezin om de behandeling voort te zetten; en voor 2,04% was geen bandopname aanwezig ter beoordeling. Redenen voor de aanpassingen tijdens de sessie waren ontregeling van het kind tijdens de sessie (vijf keer), een eerdere techniek die moest worden afgemaakt (een keer),

gebeurtenissen van de vorige week die aandacht nodig hadden in de sessie (twee keer), en COVID-19-gerelateerde problemen (eenmalig).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Onderzoek 1

- Algemene informatie

Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd en betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie. Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk, en bevat een voormeting, een nameting en een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie.

- Publicaties

Van der Hoeven, M. L., Plukaard, S. C., Schlattmann, N. E. F., Lindauer, R. J. L., & Hein, I. M. (2023).

An integrative treatment model of EMDR and family therapy for children after child abuse and neglect: A SCED study. *Children and Youth Services Review*, <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2023.107064>.

Het betreft een ABC Single-Case Experimental Design (SCED) met gerandomiseerde baseline periodes. De metingen zijn onder andere uitgevoerd met de CRIES, AISI, SDQ, BRIEF. De doelgroep bestond uit 15 kinderen met een achtergrond van kindermishandeling of -verwaarlozing die perspectief biedend opgroeien en te maken hebben met een complex klachtenprofiel van PTSS, gedrag, emotieregulatie en gehechtheid.

Acht casussen waren geschikt om te analyseren, waarvan op één na alle deelnemers verbetering

lieten zien op een of meer van de vier uitkomstmaten. Op groepsniveau vonden we aanwijzingen voor

functionele relaties tussen de interventie en verandering in gehechtheidsproblemen, gedragsproblemen en emotionele controleproblemen met geschatte effect sizes van respectievelijk -0.34, -0.38 en -0.47 weighted Tau-U respectievelijk.

Onderzoek 2

- Algemene informatie

Dit onderzoek is gebaseerd op dezelfde populatie als onderzoek 1, echter in deze analyses kon een grotere groep deelnemers worden geïnccludeerd.

- Publicaties

Mara L. van der Hoeven, Samantha Bouwmeester, Nathalie E. F. Schlattmann, Ramón J.L. Lindauer, and Irma M. Hein. Family therapy and EMDR after child abuse and neglect: Moderating effects of child attachment style and PTSD symptoms on treatment outcome. Under review 2024.

Het doel van de huidige studie was om te onderzoeken of de gehechtheidsstijl en kerncluster PTSS-symptomen als moderatoren fungeren voor de behandeluitkomsten van IGT-K. De uitkomstmaten waren gehechtheidsproblemen, posttraumatische stresssymptomen (PTSS), gedragsproblemen en problemen met emotieregulatie gemeten met de AISI, KJTS, SDQ en BRIEF-2. Er is een ABC Single-Case Experimental Design (SCED) met gerandomiseerde baseline periode uitgevoerd.

De onderzoekspopulatie bestond in deze studie uit 12 kinderen met een achtergrond van kindermishandeling of -verwaarlozing die perspectief biedend opgroeien en te maken

hebben met een complex klachtenprofiel (klachten op het gebied van gehechtheid, PTSS, gedrag en emotieregulatie).

De 12 deelnemers werden in vier groepen van gehechtheidstijl en kerncluster PTSS-symptomen verdeeld: (1) niet-gedesorganiseerd en herbelevingen; (2) niet-gedesorganiseerd & vermijding/hyperarousal; (3) gedesorganiseerd en herbelevingen; & (4) gedesorganiseerd & vermijding/hyperarousal. Vervolgens zijn analyses uitgevoerd waaronder randomisatietesten. Kinderen met een gedesorganiseerde gehechtheidstijl hadden ernstiger symptomen, behalve voor PTSS. IGT-K bleek effectiever te zijn in het aanpakken en succesvol behandelen van kinderen met een niet-gedesorganiseerde gehechtheidstijl, en in het bijzonder van kinderen met een niet-gedesorganiseerde gehechtheidstijl en herbelevingen als kern cluster PTSS-symptomen.

Onderzoek 3

- Algemene informatie

Het onderzoek is in de VS uitgevoerd, in de praktijk. Het betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie. Er is een voormeting, nameting en follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie.

- Publicaties

EMDR as a treatment for improving attachment status in adults and children.

D. Wesselmann, M. Davidson, S. Armstrong, C. Schweitzer, D. Bruckner, & A. E. Potter 2012. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 62(4), 223–230. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.008>.

Case study om het behandelingseffect te onderzoeken bij één kind van 12 jaar met een geschiedenis van interpersoonlijk trauma en reactieve hechtingsstoornis.

De CBCL, ADAS-R (attachment disorder assessment scale revised), TSCYC, RADQ (Randolph Attachment Disorder Questionnaire) werden afgenomen voorafgaand aan de behandeling, bij beëindiging en na 3 en 6 maanden follow-up.

De totale score op de Child Behavior Checklist, de Attachment Disorder Assessment Scale-Revised, en de Trauma Symptom Checklist for Young Children verminderden van mid-klinisch naar een niet klinische range. Op de RADQ waren de scores voorafgaand aan de behandeling niet in de klinische range, maar ze verbeterden betekenisvol tussen de voor- en nameting. Na 3 en 6 maanden follow-up hielden de verbeterde scores stand.

Onderzoek 4

- Algemene informatie

Het onderzoek is in de VS uitgevoerd, in de praktijk. Het betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie. Er is een voormeting, en nameting en follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie.

- Publicaties

D. Wesselmann, S. Armstrong, C. Schweitzer, M. Davidson, A. Potter (2018).

An integrative EMDR and family therapy model for treating attachment trauma in children: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research* Vol 12 Issue 4, DOI:10.1891/1933-3196.12.4.196

Het betreft een case-series studie, bij 23 kinderen en hun adoptieouders met een voorgeschiedenis van kindermishandeling. De metingen zijn gedaan met de CBCL,

TSCYC, ADAS-R, RADQ, Postpartum Bonding Questionnaire, Outcome Questionnaire-45. 22 kinderen hebben de behandeling afmaakt. Analyses vonden plaats met 15 kinderen die de eindmeting en follow-up meting hebben.

Statistische analyse met MANOVA en Bonferroni post-hoc testen toonde een significante verbetering in scores op traumatische stresssymptomen, gedrag en de gehechtheidsrelaties van kinderen bij het einde van de behandeling met effect sizes d van resp 1.44, 1.95 en 3.20. Statistische analyse van secundaire metingen liet een significante verbetering zien in de scores van moeders met betrekking tot symptomen en representaties ten opzichte van hun kind (effect size d 0.84 en 0.43).

5. Samenvatting Werkzame elementen

Praktisch:

- Samenwerkingsrelatie met ouders en kind,
- werken in een team van twee behandelaars,
- betrekken van belangrijke anderen zoals school, familieleden, andere hulpverleners,
- voorafgaand aan behandeling de voorwaarden in orde maken

Inhoudelijk

- opvoedstrategieën voor de ouders,
- mindfulness voor ouders,
- verhalenmethoden om essentiële informatie aan te reiken,
- adaptieve informatie: dit is informatie over wat kinderen nodig hebben van ouders bij het opgroeien, zoals steun, verzorging, eten en drinken, troost, opleiding, aandacht, etc. Voor verwaarloosde kinderen is dit nieuwe informatie.
- psycho-educatie over trauma en gehechtheid,
- diagnostiek van ouders, genogram, sociogram,
- diagnostiek van kind,
- observatie van ouder-kind interactie,
- detectiewerk naar negatieve overtuigingen, analyse van de situatie met domino techniek,
- gehechtheidsbevorderende technieken,
- bewustwording van lichaamssensaties,
- EMDR technieken (RDI, Z-RDI, G-RDI),
- EMDR standaardprotocol met adviezen voor aanpassingen zoals interweaves, spel, triggerprotocol,
- EMDR verhalenmethode,
- werken met het kleine gekwetste kleine kind vanbinnen,
- systemische perspectieven zoals het narratieve, cognitieve, gehechtheids, oplossingsgerichte combineren.

6. Aangehaalde literatuur

Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2009). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. New York: John Wiley & Sons

De Wolff M, Dekker-van der Sande F, Sterkenburg P, & Thoomes-Vreugdenhil A (2017). *Richtlijn problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Leiden: TNO Child.

Hein, I. M., Schlattmann, N. (2021). Een verhalenmethode kiezen. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 48(1), 100-106.

Herrenkohl TI, Fedina L, Hong SH, Lee JO, Saba S. Associations between prospective and retrospective measures of child abuse and self-reported adult health at midlife. *Child Abuse Negl.* 2021 Oct;120:105203. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105203. Epub 2021 Jul 16. PMID: 34280710; PMCID: PMC9851424.

Hughes, D. (2018). *Werkboek hechtingsgerichte gezinstherapie*. Vertaling: J.F.H. Kuiper. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Jonkman, C.S., Verlinden, E., Bolle, E.A., Boer, F., & Lindauer, R.J.L. (2013). Traumatic stress symptomatology in children after child maltreatment and single traumatic events: Clinical implications. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 225-232.

Kerig, P. K., & Becker, S. P. (2015). 12 early abuse and neglect as risk factors for the development of criminal and antisocial behavior. *The development of criminal and antisocial behavior*, 181-199.

Kiesel, L. R., Piescher, K. N., & Edleson, J. L. (2016). The relationship between child maltreatment, intimate partner violence exposure, and academic performance. *Journal of Public Child Welfare*, 10(4), 434-456.

Linehan MM (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.

Loose C, Graaf P, Zarbock G (2015). *Schematherapie met kinderen en jongeren*. Nieuwezijds.

Raby, K. L., Labella, M. H., Martin, J., Carlson, E. A., & Roisman, G. I. (2017). Childhood abuse and neglect and insecure attachment states of mind in adulthood: Prospective, longitudinal evidence from a high-risk sample. *Development and Psychopathology*, 29(2), 347-363.

Romano, E., Babchishin, L., Marquis, R., & Fréchette, S. (2015). Childhood Maltreatment and Educational Outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 418-437.
<https://doi.org/10.1177/1524838014537908>

Savenije A, Van Lawick MJ, Reijmers ETM (2014). *Handboek systeemtherapie*. De Tijdstroom.

Siegel D (2010). *Mindsight: the new science of personal transformation*. New York: NY Bantam Books.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(3), 345-355.

Struik, A. (2021). *Slapende honden? Wakker maken! Een behandelmethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Uitgever: Pearson Benelux B.V

Van der Hoeven, M.L., Assink, M., Stams, GJ.J.M. *et al.* (2022). Victims of Child Abuse Dropping Out of Trauma-Focused Treatment: A Meta-Analysis of Risk Factors. *Journ Child Adol Trauma*. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00500-2>

Van der Hoeven, M. L., Plukaard, S. C., Schlattmann, N. E. F., Lindauer, R. J. L., & Hein, I. M. (2023).

An integrative treatment model of EMDR and family therapy for children after child abuse and neglect: A SCED study. *Children and Youth Services Review*, Volume 152, <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2023.107064>.

Mara L. van der Hoeven, Samantha Bouwmeester, Nathalie E. F. Schlattmann, Ramón J.L. Lindauer, and Irma M. Hein. Family therapy and EMDR after child abuse and neglect: Moderating effects of child attachment style and PTSD symptoms on treatment outcome. Under review 2024.

Verheugt-Pleiter, A. (2009). Denken over gevoelens en voelen over gedachtes. Over mentaliseren in ouderbegeleiding en kindertherapie. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 3, 5-20

Wesselmann D, S. Armstrong, C. Schweitzer, M. Davidson, A. Potter (2018). An integrative EMDR and family therapy model for treating attachment trauma in children: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research* Vol 12 Issue 4, DOI:10.1891/1933-3196.12.4.196

Schlattmann N, Van der Hoeven M, Hein I (2023). IGT-K, Integratieve gehechtheidsbevorderende traumabehandeling voor kinderen ; gezinstherapie en EMDR. BSL, Houten.

Wesselmann D, Schweizer C, & Armstrong S (2021). *Integratief Opvoeden, strategieën voor de opvoeding van kinderen met gehechtheidstrauma*. BSL, Houten.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Beweging, 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.

