Diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheid

bij jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB

Een practice-based handreiking voor diagnostici & behandelaren binnen de specialistische jeugd-GGZ en LVB-jeugdzorg

Kajak
ACADEMISCHE WERKPLAATS

Auteurs:
Werkgroep Problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB: Diagnostiek
Drs. Elsien Hofstra (Youz/De Banjaard Den Haag; klinisch psycholoog & psychotherapeut)
Drs. Marcel Nadorp (Pluryn; GZ-psycholoog, hoofd behandeling & programmaleider Jeugd Behandelen - LVB)
Drs. Cynthia Mettler ('s Heeren Loo; GZ-psycholoog)
Drs. Anke Heinemann (Karakter; klinisch psycholoog/psychotherapeut en supervisor VGCt)
Drs. Rémy Antonides (Pluryn; diagnostisch psycholoog)
Drs. Eveline Zegers (Youz/De Banjaard Gouda; GZ-psycholoog & orthopedagoog)

Werkgroep Problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB: Behandeling
Drs. Natascha van Fucht (Lijn5 (inmiddels Levvel5) gedragswetenschapper)
Drs. Corine van Vliet (Youz/De Banjaard Den Haag; kinder- en jeugdpsychiater & manager behandelzaken)
Drs. Anneke Hofste (Ambiq; orthopedagoog-generalist)
Drs. Michal Vader ('s Heeren Loo; GZ-psycholoog & orthopedagoog)
Drs. Marion Meijers (Talant; neuropsycholoog)

Met dank voor de bijdrage aan de werkgroep:
Drs. Mirjam Wouda (Ons Tweede Thuis; GZ-psycholoog & orthopedagoog)
Drs. Hans van Wouwe (ASVZ; GZ-psycholoog & hoofd behandeling)
Drs. Beanka Meddeler (Ambiq; orthopedagoog-generalist & onderzoeker)
Drs. Sandra Knol (De Passerel; orthopedagoog)
Drs. Mary-Eliz de Wit (Talant; gedragswetenschapper)
Drs. Marscha van Brummelen-van Zandwijk ('s Heeren Loo; GZ-psycholoog)
Drs. Marja Lanshage-Schnitger ('s Heeren Loo; gedragswetenschapper)

Redactie:
Dr. Marielle Dekker en dr. Wouter Groen (Academische Werkplaats Kajak)
en dr. Jolanda Douma (Landelijk Kenniscentrum LVB).

Churchilllaan 11
3527 GV Utrecht
030 7400 400
www.academischewerkplaatskajak.nl
info@awkajak.nl

Ontwerp:
Rudi Langezaal, Odijk

Inhoud

1. Voorwoord en leeswijzer

We weten dat een gehechtheidsrelatie een basale levensvoorwaarde is voor elke jeugdige [1]. Een gunstig proces van hechting met ouder(s) [2] is belangrijk voor een evenwichtige ontwikkeling naar mogelijkheden: biologisch/motorisch; sociaal-emotioneel en cognitief. Jeugdigen met een LVB lopen een relatief groot risico op het ontwikkelen van een problematische gehechtheid, vooral op gedesorganiseerde gehechtheid. Verschillende kenmerken van een LVB en omgevingsfactoren spelen een rol bij het ontstaan van deze problemen.

Voor deze handreiking hebben we het huidige zorgaanbod voor jeugdigen met een LVB geïnventariseerd en de knelpunten en leemtes daarin. Het aanbod van diagnostische instrumenten en interventies voor jeugdigen met een LVB en problematische gehechtheid is onoverzichtelijk en weinig wetenschappelijk onderbouwd. Dit hangt onder andere samen met een gebrek aan wetenschappelijk onderzoek over problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB en een gebrek aan consensus over het concept problematische gehechtheid.

Gelukkig zijn er een aantal goede ontwikkelingen om tot meer consensus en een eenduidige aanpak te komen: de *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP Practice parameter RAD/DSED)* [1] [2], het boek Signaleren van verstoord hechtingsgedrag [3], het hoofdstuk Gehechtheidsstoornissen uit het Handboek psychiatrie en LVB [4] en de Richtlijn Problematische gehechtheid [5] [6]. Helaas is er nog een kloof tussen de werkwijze, zoals beschreven in bovenstaande werken, en de dagelijkse klinische praktijk van de specialistische jeugd-GGZ en orthopedagogische behandelcentra voor jeugdigen met een LVB, waarin de voorgestelde werkwijzen niet altijd even goed passen.

Een eerste knelpunt is dat een deel van de instrumenten of behandelingen die in bovengenoemde werken genoemd worden **niet in Nederland verkrijgbaar** zijn of waar men zich **niet in Nederland in kan laten scholen**. Ten tweede past de voorgestelde (stapsgewijze) werkwijze en de relatief veel genoemde (preventieve) interventies gericht op het jonge kind en zijn of haar ouders niet goed binnen de klinische werkwijze van de specialistische jeugd-GGZ en LVB-jeugdzorg [3]. In de specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg zien we meestal **oudere jeugdigen (≥ 6 jaar)**, waarbij het stadium van preventie vaak al is gepasseerd en de behandeling geregeld een **curatieve insteek** heeft. Ten slotte komt het binnen de specialistische jeugd-GGZ en LVB-jeugdzorg geregeld voor dat er sprake is van **geen of slechts een beperkt beschikbare ouder(figuur)** of dat de **ouder**

[1] met jeugdigen worden in deze handreiking kinderen, jongeren en jongvolwassenen bedoeld.

[2] met ouders worden in deze handreiking ook verzorgers/opvoeders bedoeld.

[3] met specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg bedoelen we in de rest van deze handreiking alle zorg gericht op jeugdigen en jongvolwassenen (en hun context) met zowel een LVB als psychische problematiek.

zelf ook mogelijk functioneert op LVB-niveau. Dit maakt het belang duidelijk van de beschikbaarheid van instrumenten en behandelingen die ook zonder ouders ingezet kunnen worden.

De diagnostiek van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB is daarom momenteel vooral gebaseerd op de klinische integratieve blik van een professional met expertise op het gebied van problematische gehechtheid en LVB, aangevuld met enkele instrumenten die voorhanden zijn, maar niet altijd in de richtlijnen genoemd worden. Voor de behandeling wordt nauwelijks gebruikgemaakt van de interventies uit de databank effectieve jeugdinterventies, omdat deze interventies voor de specialistische jeugd-GGZ- en LVB-zorgpraktijk niet passend zijn qua leeftijd (meer voor baby's, peuters en kleuters vanuit Infant Mental Health care) of meer preventief dan curatief van aard zijn.

Deze handreiking is een eerste aanzet om de bruikbare elementen uit de verschillende richtlijnen en (inter)nationale vakliteratuur te combineren met ervaringen uit de praktijk van de specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg om zo tot een *practice-based* handreiking te komen die het voor onze doelgroep beperkte wetenschappelijk bewijsmateriaal integreert met de klinische expertise van de werkgroepleden en collega's.

We pretenderen niet een nieuwe optimale werkwijze voor diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB aan te reiken. Deze handreiking geeft een overzicht van wat er nu gedaan wordt in de klinische praktijk van de specialistische jeugd-GGZ en LVB-jeugdzorg, met een beschrijving van de wetenschappelijke onderbouwing en de toepasbaarheid voor de LVB-doelgroep. De meeste instrumenten en interventies zijn niet specifiek voor deze doelgroep ontwikkeld. Ook is er weinig onderzoek naar de bruikbaarheid en effectiviteit van instrumenten en behandelingen voor deze doelgroep gedaan. Ten slotte, staat het delen van de ervaringen over de klinische bruikbaarheid bij jeugdigen met een LVB met collega's van verschillende instellingen uit de specialistische jeugd-GGZ en de LVB-zorg nog in de kinderschoenen.

We zien deze handreiking als een basis om verder met elkaar ervaringen uit te wisselen, de discussie aan te gaan en zo de kwalitatief goede, bruikbare instrumenten en interventies te onderscheiden als *practice-based*. Daarnaast sturen we aan op het ontwikkelen van een grotere *evidence-base* vanuit wetenschappelijk onderzoek voor deze doelgroep. We willen dan ook oproepen tot wetenschappelijk onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de instrumenten voor de LVB-doelgroep en naar aanpassingen en de effectiviteit van de interventies voor deze jeugdigen. Tot die tijd is voorzichtigheid geboden bij het gebruik van instrumenten en interventies die nog niet bewezen effectief zijn.

Deze handreiking is primair bedoeld voor de professional uit de specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg die op zoek is naar diagnostische instrumenten en behandelingen op het gebied van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB. Deze handreiking probeert de alertheid op problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB te vergroten en een aanzet te geven tot gerichtere en meer onderbouwde keuzes binnen organisaties in plaats van de keuze te baseren op wat er binnen een organisatie toevallig aanwezig is of welke cursus de professional heeft gevolgd.

Deze handreiking is binnen de Academische Werkplaats Kajak geschreven door een multi-disciplinair team van diagnostici en behandelaren uit de specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg. De auteurs hebben allen veel affiniteit en ervaring met gehechtheidsproblematiek en zijn werkzaam bij verschillende GGZ- en LVB-zorgorganisaties (o.a. De Banjaard/Youz, Pluryn, 's Heeren Loo, Ambiq en Karakter).

Deze handreiking is een werkdocument dat om de drie tot vijf jaar geëvalueerd en bijgesteld zal worden

om up-to-date te blijven. Bij deze doorontwikkeling zal de werkgroep deskundigen zelf actief consulteren. We nodigen u ook uit om ervaringen uit de praktijk en resultaten uit onderzoek met ons te delen. Met name tips en aanpassingen om het bestaande materiaal aan jeugdigen met een LVB aan te passen, zijn welkom (via e-mail: info@awkajak.nl).

1.1 Leeswijzer

De eerste versie van deze best practices handreiking over de diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB bestaat uit een kort overzicht waarin we problematische gehechtheid definiëren, mogelijke risicofactoren en prevalentiecijfers bespreken en informatie geven over de verschillende stromingen binnen het werkveld van gehechtheid en gehechtheidsproblematiek (Hoofdstuk 2). Vervolgens beschrijven we een integratieve kijk op de diagnostiek (Hoofdstuk 3) en behandeling (Hoofdstuk 4) van problematische gehechtheid en geven we een schematisch overzicht met voor onze doelgroep in te zetten onderzoeksmiddelen (Tabel 1) en behandelmethoden (Tabel 2). Door op de instrumenten en behandelmethoden in de schema's te klikken, krijgt u meer informatie over de wetenschappelijke onderbouwing en onze klinische ervaringen bij jeugdigen met een LVB (en hun ouders). Binnen het hoofdstuk over diagnostiek (Hoofdstuk 3) besteden we ook aandacht aan het inventariseren van mogelijke risicofactoren via dossieronderzoek en het afnemen van een ontwikkelingsanamnese met specifieke aandacht voor gehechtheid. Deze ontwikkelingsanamnese is door de werkgroep samengesteld op basis van diverse ontwikkelingsanamneses die in gebruik zijn bij de diverse organisaties waar de werkgroepleden werkzaam zijn. In het hoofdstuk over behandeling (Hoofdstuk 4) bespreken we ook kort de behandelvoorwaarden voor de behandeling van problematische gehechtheid, de uitgangspunten van een goed (pedagogisch) opvoedklimaat, mogelijke LVB-specifieke aanpassingen binnen de behandeling en beschikbaar psycho-educatiemateriaal.

2. Inleiding

2.1 Gehechtheidsrelatie

Kinderen en ouders laten vanaf de geboorte gedrag zien waarmee zij elkaars reactie uitlokken. Het is de taak van de ouders om sensitief, responsief en voorspelbaar te reageren op gehechtheidsgedrag van het kind. Maar ook proportioneel: m.a.w. dat de ouders afwegen wat ze van hun kind kunnen vragen, bijvoorbeeld met betrekking tot het verwerken van stress en qua zelfstandigheid. Enerzijds zijn ouders een veilige haven voor het kind bij behoefte aan genegenheid, troost en bescherming. Anderzijds zijn het ook de ouders die het kind stimuleren, vertrouwen geven en een veilige basis bieden om de wereld te exploreren. In deze evenwichtskunst tussen kind en ouder komt de gehechtheidsrelatie tot stand. Het kind voelt zich in deze interactie geborgen en krijgt (zelf)vertrouwen om de wereld en eigen mogelijkheden steeds verder te ontdekken. Daarnaast speelt de continuïteit van de aanwezigheid van de ouder een belangrijke rol, alsook het vermogen van de ouder om de gevoelens en gedachten van zijn of haar kind te (h)erkennen en daarmee rekening te houden (mentaliseren).

Als het misgaat in deze wisselwerking kunnen er problemen ontstaan in de gehechtheidsrelatie. Tussen de 60-70% van alle gezonde, thuiswonende kinderen tot 12 jaar heeft een veilige gehechtheidsrelatie, maar tussen de 30-40% niet. De drie te onderscheiden onveilige gehechtheidsrelaties zijn: vermijdend, ambivalent en gedesorganiseerd/verstoord (voor meer informatie zie o.a. [6]). Ongeveer 15% heeft een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie [6].

Deze laatste groep kinderen groeit veelal op met een ouder die zowel een bron van steun als een bron van angst is.

Jeugdigen met een onveilige gehechtheidsrelatie, met name de gedesorganiseerd/verstoord-gehechte kinderen, hebben een vergroot risico op problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling. Tot voor kort werd gedacht dat voor een eenmaal verstoorde gehechtheid geen behandeling mogelijk was. Recente ontwikkelingen maken echter duidelijk dat herstel wel mogelijk is (o.a. [7]). Een kind met een problematische gehechtheid, heeft onvoldoende vertrouwen in zichzelf en de anderen opgebouwd. Door te werken aan de gehechtheidsrelatie kan dat vertrouwen hersteld worden.

2.2 Beschrijving problematische gehechtheid

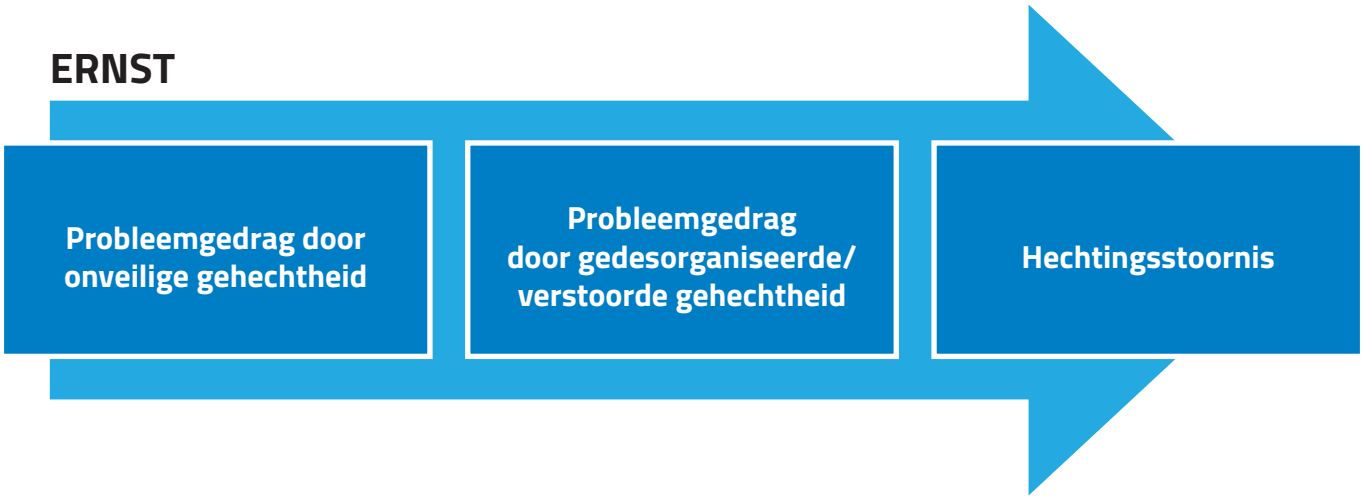
Problematische gehechtheid is een verzamelterm voor allerlei problemen met emoties en gedrag bij jeugdigen, waaruit blijkt dat zij geen of onvoldoende emotionele veiligheid hebben ontleend aan de relatie met hun ouders. Een jeugdige met een problematische gehechtheid heeft altijd onvoldoende vertrouwen in zichzelf en anderen opgebouwd, maar de ernst van de problematiek varieert enorm.

Er is geen consensus over het begrip problematische gehechtheid. In de wetenschappelijke literatuur over

gehechtheid ligt de nadruk op de gehechtheidsrelatie, gehechtheidsgedrag, en gehechtheidsrepresentaties [8]. Eigenlijk kun je alleen bij zeer jonge kinderen *(infants)* zuiver over gehechtheid spreken; de gehechtheids-relatie met de ouder kan dan ook goed onderzocht worden. In de klinische praktijk worden we echter geconfronteerd met oudere kinderen (vanaf de basisschoolleeftijd) die problemen laten zien ten gevolge van een problematische gehechtheid in de eerste levensjaren. Het is lastig om de concepten met betrekking tot gehechtheid te vertalen naar die leeftijd. De relatie met de ouder is dan al meer gegeneraliseerd naar andere relaties, de gehechtheidsrepresentaties meer ingeslepen. Daarnaast ziet het problematische gehechtheidsgedrag er op die leeftijd anders uit dan bij zeer jonge kinderen. Zo wordt het gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsgedrag, zoals beschreven voor zeer jonge kinderen, bij oudere kinderen niet duidelijk teruggezien. Op die leeftijd laten gedesorganiseerd/verstoord-gehechte kinderen meer controlerend of bestraffend gedrag zien naar de ouder. Daarnaast ligt in de klinische praktijk, zeker in de kinder- en jeugdpsychiatrie, de nadruk op de hechtingsstoornissen, zoals te classificeren aan de hand van de DSM-5 [9]. Het is nog onduidelijk hoe deze stoornissen samenhangen met de concepten rondom gehechtheid die uit wetenschappelijk onderzoek bij zeer jonge kinderen naar voren zijn gekomen; meer onderzoek is nodig op dit terrein. De instrumenten en interventies die voor oudere jeugdigen bedoeld zijn, zijn dan ook niet altijd puur op gehechtheid gericht, maar kunnen wel bijdragen aan het vormen van een integratief beeld over de (gevolgen van) problematische gehechtheid en behandelen soms ook meer de gevolgen dan dat ze de gehechtheidsrelatie zelf versterken.

In een poging de wetenschap met de praktijk te verbinden, hanteren wij in overeenstemming met de Richtlijn Problematische gehechtheid [6], de overkoepelende term 'problematische gehechtheid', waarbinnen volgens ons alle bovenstaande concepten kunnen vallen. Een praktische manier om hiernaar te kijken is problematische gehechtheid te zien als een continuüm (zie Figuur 1), lopend van jeugdigen die onveilig- (vermijdend- of ambivalent-) gehecht zijn aan hun ouders en bij wie sprake is van probleemgedrag als gevolg daarvan, tot jeugdigen bij wie sprake is geweest van een patroon van extreme vormen van ontoereikende verzorging en die als gevolg daarvan een ernstige stoornis in de gehechtheid hebben ontwikkeld. Bij deze laatste groep kan gesproken worden van een reactieve hechtingsstoornis of een ontremd-sociaalcontactstoornis. Jeugdigen bij wie de gehechtheid gedesorganiseerd/verstoord is, vallen volgens ons ergens tussen de beide uitersten in, afhankelijk van de ernst van de problematiek. Een gedesorganiseerde onveilige gehechtheidsstijl moet

Figuur 1. Continuüm van ernst van problematische gehechtheid.



gezien worden als een ongunstige uitgangssituatie voor een kind, maar hoeft niet altijd te leiden tot problemen met emoties en gedrag. Als deze problemen er echter wel zijn, valt het binnen de definitie van problematische gehechtheid en zijn diagnostiek en daaruit volgend behandeling gewenst.

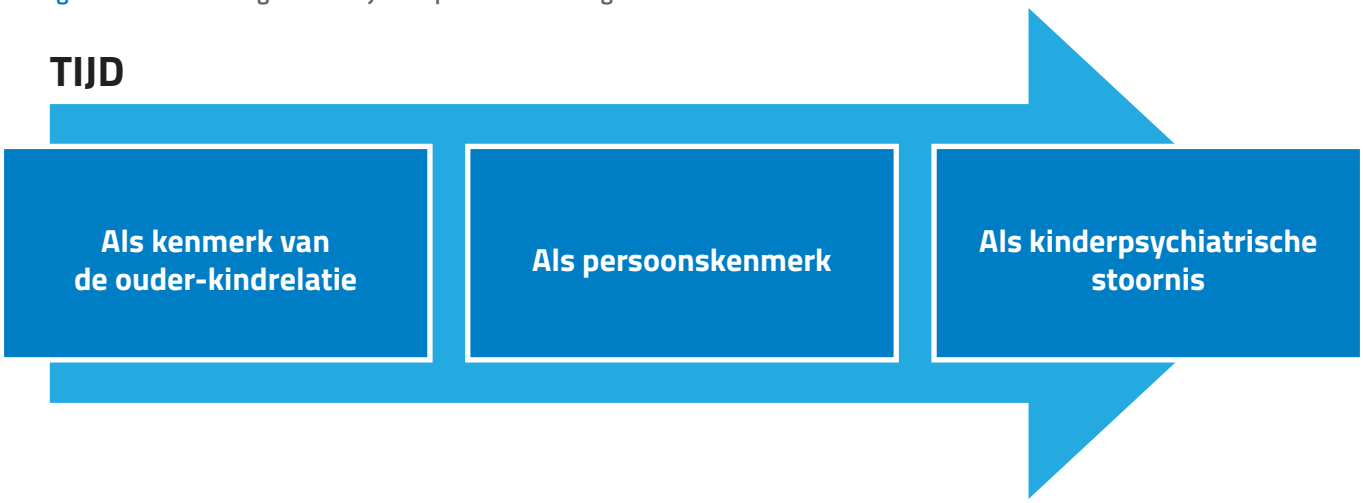
Een andere manier om de wetenschappelijke inzichten te kunnen integreren met de diagnostiek en classificatie in de klinische praktijk, is gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheid te zien als een hechtingsstoornis, zoals voorgesteld door Van IJzendoorn en collega's [10]. Er is immers veel overlap in de etiologie, beschrijving en prognose. Hier is echter ook nog geen consensus over; per organisatie verschilt het hoe er over het begrip hechtingsstoornis gedacht wordt.

Ook is er nog de trend om gehechtheidsproblematiek als (chronisch) trauma te zien en te classificeren. Het concept *Developmental trauma disorder* is een internationale term, waarbinnen problematische gehechtheid duidelijk gedefinieerd wordt, maar dit concept is nog niet opgenomen in de DSM-5, waardoor classificatie moeilijk blijft [11].

Een voordeel van problematische gehechtheid als continuüm te beschouwen, is het veronderstelde ontwikkelingsperspectief: je kunt op alle leeftijden van problematische gehechtheid spreken, maar de invulling van het begrip problematische gehechtheid kan veranderen over de tijd. Het continuüm start met een nadruk op problematische gehechtheid als kenmerk van de ouder-kindrelatie, oplopend naar steeds meer een persoonskenmerk van het kind, tot aan het andere uiteinde een kinderpsychiatrische stoornis (zie Figuur 2). Hoe verder op het continuüm, des te dieper zijn de mentale representaties van de gehechtheidsrelatie met de ouder ingeslepen bij het kind en worden ze geprojecteerd op andere relaties. Afhankelijk van de plek op het continuüm, en dus de mate waarin de problematische gehechtheid geïnternaliseerd is, is een ander soort interventie geïndiceerd. Aan het begin van het continuüm hebben preventieve behandelvormen wellicht nog effect, maar hoe verder een jeugdige op het continuüm zit, des te zwaarder ingezet dient te worden qua behandelmethodiek.

Een *reactieve hechtingsstoornis* houdt in dat er sprake is van een consistent patroon van geremd, emotioneel teruggetrokken gedrag jegens volwassen verzorgers (DSM-5 criteria: zie Box 1). Bij een *ontremd-sociaal-contactstoornis* is er sprake van het ontbreken van terughoudendheid naar onbekende volwassenen of overmatig familiair gedrag (DSM-5 criteria: zie Box 2). Beide stoornissen vallen in de DSM-5 onder de categorie trauma- en stressorgerelateerde stoornissen (voor informatie over diagnostiek en behandeling van de overige trauma- en

Figuur 2. Ontwikkeling over de tijd van problematische gehechtheid.



Box 1: DSM-5 criteria Reactieve hechtingsstoornis

A. Een consistent patroon van geremd, emotioneel teruggetrokken gedrag jegens volwassen verzorgers, wat tot uiting komt in beide volgende kenmerken:
1. Het kind zoekt zelden of nauwelijks vertroosting als het van streek is.
2. Het kind reageert zelden of nauwelijks op troosten als het van streek is.

B. Een persisterende sociale en emotionele stoornis die gekenmerkt wordt door minstens twee van de volgende kenmerken:
1. Minimale sociale en emotionele responsiviteit naar anderen.
2. Beperkt positief affect.
3. Episoden van onverklaarde prikkelbaarheid, verdrietigheid of angstigheid die zelfs gedurende niet-bedreigde interacties met volwassen verzorgers evident zijn.

C. Het kind heeft een patroon van extreme vormen van ontoereikende verzorging meegemaakt, zoals blijkt 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. Herhaaldelijk wisselen van primaire verzorgers, wat het vormen van een stabiele gehechtheidsrelatie beperkt.
3. Opgroeien in ongebruikelijke omgevingen, wat het vormen van selectieve gehechtheidsrelaties ernstig beperkt.

D. Er zijn redenen om te veronderstellen dat de verzorging genoemd in criterium C verantwoordelijk is voor het gestoorde gedrag uit criterium A.

E. Er wordt niet voldaan aan de criteria van de autismespectrumstoornis.

F. De stoornis is voor het 5e levensjaar duidelijk aanwezig.

G. Het kind heeft een ontwikkelingsniveau van minstens 9 maanden.

Box 2: DSM-5 criteria Ontremd-sociaalcontact stoornis

A. Een gedragspatroon waarbij een kind actief onbekende volwassenen benadert en met hen omgaat, en minstens twee van de volgende kenmerken vertoont:
1. Vermindering of ontbreken van terughoudendheid in het benaderen van en omgaan met onbekende volwassenen.
2. Overmatig familiair verbaal of lichamelijk gedrag (dat niet strookt met cultureel aanvaarde en bij de leeftijd passende sociale grenzen).
3. Verminderde of geheel niet in de gaten houden van de volwassen verzorgers als het kind zich wat verder weg waagt, zelfs in een onbekende omgeving.
4. Bereidheid om met minimale of zonder aarzeling mee te gaan met een onbekende volwassene.

B. Het gedrag in criterium A is niet beperkt tot impulsiviteit, maar betreft sociaal ontremd gedrag.

C. Het kind heeft een patroon van extreme vormen van ontoereikende verzorging meegemaakt, zoals blijkt uit minstens een van de volgende kenmerken:
1. Sociale verwaarlozing of deprivatie waarbij emotionele basisbehoeften aan vertroosting, aanmoediging en affectie persisterend door volwassen verzorgers worden veronachtzaamd.
2. Herhaaldelijk wisselen van primaire verzorgers, wat het vormen van een stabiele gehechtheidsrelatie beperkt.
3. Opgroeien in ongebruikelijke omgevingen, wat het vormen van selectieve gehechtheidsrelaties ernstig beperkt.

D. Er zijn redenen om te veronderstellen dat de verzorging genoemd in criterium C verantwoordelijk is voor het gestoorde gedrag uit criterium A.

E. Het kind heeft een ontwikkelingsniveau van minstens 9 maanden.

stressorgerelateerde stoornissen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB, zie de AW Kajak Handreiking Vroegtijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB [12]).

De classificatie is redelijk eenduidig als een jeugdige aan de criteria van een reactieve hechtingsstoornis of ontremd-sociaalcontactstoornis voldoet (zie DSM-5 voor de specifieke criteria). Echter, het vaststellen van een achtergrond van sociale verwaarlozing kan nog best lastig zijn als er geen dossierstukken voorhanden zijn waarin de voorgeschiedenis wordt belicht, zoals een onderzoeksrapport van de Raad voor de Kinderbescherming [4]. Er wordt aangenomen dat deze stoornissen echter zeldzaam zijn en niet snel geclassificeerd moeten worden.

Als een kind minder ver op het continuüm zit, waardoor het niet voldoet aan de criteria van bovengenoemde specifieke trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, wordt het lastiger. In dat geval kan eventueel een ongespecificeerde trauma- of stressorgerelateerde stoornis geclassificeerd worden, met als opmerking dat er sprake is van problematische gehechtheid. Zoals eerder vermeld, is er nog geen consensus over de terminologie en classificatie binnen het werkveld, noch op nationaal, noch op internationaal niveau.

In deze handreiking hanteren we dus een brede invulling van de term 'problematische gehechtheid': zowel de psychiatrische stoornis, de gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheid als een onveilige gehechtheidsrelatie met daardoor ontstane problemen met emoties en gedrag vallen eronder. Met deze brede definitie hopen we te stimuleren dat er in de (GGZ-) zorg aan jeugdigen met een LVB passende aandacht is voor alle jeugdigen en jongvolwassenen met een (enigszins) problematische gehechtheidsontwikkeling.

2.3 Risicofactoren problematische gehechtheid

Diverse bronnen noemen factoren die op basis van wetenschappelijk onderzoek of klinische ervaring een negatieve invloed hebben of kunnen hebben op de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind en daarmee risico op gehechtheidsproblematiek bij het kind met zich meebrengen [3] [5] [6] [13-22].

Het is waardevol om een overzicht te hebben van dergelijke factoren, zodat men ter voorbereiding het dossier en tijdens gesprekken met de ouders en de jeugdige kan screenen op deze markers. Uitdrukkelijk is onderstaande informatie niet bedoeld om te gebruiken als diagnostisch instrument, als risicotaxatie of als middel om eventuele gehechtheidsproblematiek uit te sluiten. Bovendien moet men beseffen dat in opvoedsituaties ook beschermende factoren aan de orde zijn die tegenwicht kunnen bieden en gehechtheidsverstoring afwenden. Beschermende factoren worden hier niet expliciet beschreven, maar zijn natuurlijk ook van belang bij het beschouwen van een specifieke casus. Hierbij kan men denken aan ouderfactoren zoals: kennis bij de ouder(s) over het hechtingsproces, het hebben van een harmonieuze partnerrelatie, inzicht hebben in het eigen verleden, praktische en emotionele steun vanuit eigen sociale netwerk, hulp weten te vinden en hulp kunnen accepteren, binding met de gemeenschap, of aan kindfactoren als zelfvertrouwen, makkelijk temperament, enzovoorts (zie ook Top tien beschermende factoren en Hechting en hechtingsproblemen - Risico- en beschermende factoren van het NJi [18]).

De gevonden risicofactoren zijn hieronder verdeeld in vier categorieën en in willekeurige volgorde weergegeven. Er moet niet gedacht worden dat factoren uit één categorie belangrijker zijn bij het ontstaan van gehechtheidsproblematiek dan factoren uit een andere categorie.

2.3.1 Gebeurtenissen en omstandigheden

Diverse gebeurtenissen in het prenatale of jonge leven van een kind kunnen van invloed zijn op het hechtingsproces tussen het kind en zijn ouders. Ingrijpende gebeurtenissen zijn bijvoorbeeld een breuk met ouders door overlijden, adoptie, pleegzorg of uithuisplaatsing. Ook kan het zijn dat een kind te maken krijgt met veel verschillende opvoeders, door bijvoorbeeld steeds tijdelijk door familieleden te worden opgevangen, of wanneer het voorbijgaande, beroepsmatige gehechtheidsfiguren betreft, zoals in (wisselende) residentiële zorg. Maar ook wanneer er wel ouders aanwezig en beschikbaar zijn, zijn er mogelijke andere risicofactoren in omstandigheden, zoals in het geval dat de ouder alleenstaand is, de zwangerschap niet gewenst was, het kind prematuur werd geboren, de ouders in armoede leven of geldzorgen hebben, spanning, oorlog of sociaal isolement of met discriminatie te maken te maken hebben. Ook (gezins-)trauma zoals echtscheiding, verlies van een gezinslid, huisvestingsproblemen of ingrijpende medische ingrepen kunnen van negatieve invloed zijn.

2.3.2 Interactie ouder en kind

Interactievormen tussen ouders en kind die vanzelfsprekend in verband gebracht zijn met een verstoorde gehechtheid zijn: lichamelijke, psychische en emotionele verwaarlozing of mishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik. Hierom is betrokkenheid van instanties zoals Veilig Thuis en jeugdbescherming (nu of in het verleden) bij het gezin ook een risicofactor. Ook hardvochtige, ruwe of inconsistente of chaotische zorg, gebrekkige inleving en lage sensitieve responsiviteit door ouders zijn patronen in de opvoeding die een ongunstige uitwerking kunnen hebben op het hechtingsproces.

2.3.3 Beperkingen en negatieve gehechtheidservaringen van ouders

Een belangrijke factor die het risico op een verstoorde gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind doet toenemen, is de aanwezigheid van een onveilige gehechtheidsrepresentatie bij de ouders. En daarom is een ouderlijke geschiedenis van mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik etc. eveneens als risicofactor aan te merken voor een problematische gehechtheidsrelatie met eigen kind(eren). Psychiatrische en gezondheidsproblemen bij ouders, zoals (peri- en postpartum) depressie, trauma of stress, zwakke woedebeheersing, beperkte zelfreflectie, drugs- of alcoholmisbruik, gedragsverslavingen (gokken, gamen etc.), lage begaafdheid of verminderde beschikbaarheid om gezondheidsredenen, kunnen allemaal negatief inwerken op het hechtingsproces tussen ouder en kind. Ook wanneer ouders bijzonder jong zijn, met relatieproblemen kampen of erg onzeker zijn over eigen opvoedvaardigheden, is het risico op verstoorde gehechtheidsrelatie met het kind vergroot.

2.3.4 Beperkingen en negatieve ervaringen van het kind

Vanzelfsprekend zijn gebeurtenissen, omstandigheden en interacties tussen ouders en kind ook te benoemen als ervaringen van het kind. Maar er zijn nog ook nog andere kindfactoren geduid die van nadelige invloed (kunnen) zijn op het hechtingsproces. Lichamelijke en zintuiglijke beperkingen van het kind, chronische pijn, langdurige ziekenhuisopname of andere medische problemen, groei- en ontwikkelingsachterstand, moeilijk temperament en ontwikkelingsstoornissen, zoals autisme of verstandelijke beperking zijn alle aangemerkt als risicofactoren voor een problematische gehechtheid. Deze factoren bij het kind zorgen ervoor dat het kind andere, minder en moeilijker afleesbare signalen laat zien, waardoor het voor ouders lastiger is om sensitief en respons te reageren.

2.4 Verhoogd risico op problematische gehechtheid bij LVB

Het meeste onderzoek naar problematische gehechtheid vindt plaats in groepen kinderen met een verhoogd risico (bijvoorbeeld kinderen in pleeggezinnen en kinderen in Blijf-van-mijn-lijfhuizen). Jeugdigen met een LVB vormen ook een risicogroep. Pas vanaf het begin van deze eeuw is er meer onderzoek op gang gekomen op het gebied van gehechtheid en verstandelijke beperkingen, deels in relatie met autisme [8] [23-29].

Jeugdigen met een LVB worden verondersteld een groter risico te hebben op het ontwikkelen van emotionele en gedragsproblemen die samenhangen met een problematische gehechtheid dan jeugdigen in de algemene populatie. Zo staat bijvoorbeeld in de *AACAP Practice parameter RAD/DSED* [1] [2] dat er enig bewijs is dat schoolgaande kinderen met RAD (reactieve hechtingsstoornis) en DSED (ontremd-sociaalcontactstoornis) vaker verstandelijke beperkingen, leerproblemen en taalproblemen laten zien, dat comorbiditeit met andere stoornissen eerder regel dan uitzondering is, en dat cognitieve achterstand en stereotiep gedrag, beide geassocieerd met ernstige tekortkomingen in de opvoedsituatie, vaak samen voorkomen met RAD en DSED.

De aanname is dat er sprake is van een complexe interactie tussen (een relatief grotere) neurobiologische kwetsbaarheid van de jeugdige met een LVB en (relatief vaker voorkomende) beperkingen in het opvoedgedrag van de ouder(s) [30].

Jeugdigen met een LVB hebben vaker problemen met emotieregulatie, informatieverwerking, zijn gevoeliger voor stress en ontwikkelen minder makkelijk goede copingvaardigheden [28]. Dit maakt het voor ouders van deze kinderen lastiger om goed af te stemmen op hun kind. Net als bij kinderen zonder VB is er een significant verband tussen ouderlijke sensitiviteit en responsiviteit met de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie [8] [26]. Echter, kinderen met een LVB krijgen vaker te maken met een ontoereikende opvoedkundige omgeving, bijvoorbeeld door verminderde sensitiviteit en mogelijk eigen verminderde begaafdheid bij de ouders [31]. Als kinderen opgevoed worden door een ouder met een LVB is er een verhoogd risico op gehechtheidsproblemen. Dit hangt samen met mogelijke beperkingen in het inlevingsvermogen, een gebrek aan kennis over de behoeften en de ontwikkeling van een kind en het gebrek aan opvoedingsvaardigheden bij deze ouders. Daarnaast kan intergenerationele overdracht van gehechtheidsproblemen een rol spelen. Sommige ouders hebben zelf geen optimale opvoedgeschiedenis of zijn zelf emotioneel beschadigd in relaties (zie ook de Handreiking Goed Genoeg Opvoederschap van Amerpoort [32]).

Ten slotte hebben jeugdigen met een LVB een groter risico om op te groeien in ongunstige omstandigheden, zoals in armoede of in een residentiële setting. Ze worden vaker uithuisgeplaatst en kindermishandeling en verwaarlozing komen ook in deze gezinnen vaker voor. Uit onderzoek bij kinderen met een LVB, die werden verwezen naar de GGZ vanwege psychische of gedragsproblemen, bleek een verhoogd risico (van 20%) op sociale verwaarlozing en vroegkinderlijke deprivatie wanneer tenminste 5 van 8 onderzochte socio-economische risico-indicatoren aanwezig waren (laag opleidingsniveau ouders, laag inkomen ouders, psychopathologie bij ouder(s), verslavingsproblematiek bij ouder(s), minderjarige moeder, huiselijk geweld, behoren tot een etnische minderheid en alleenstaande ouder) [24].

De combinatie van ongunstige omgevingsinvloeden, verhoogde psychologische stress en beperkte copingvaardigheden bij kind en ouders verhogen het risico op een onveilige gehechtheidsrelatie. Daarmee valt een belangrijke beschermende factor ter voorkoming van het ontwikkelen van psychische problemen bij de jeugdige met een LVB weg. Dit vergroot het risico op het ontwikkelen van een

problematische gehechtheid [33]. Bij kinderen met een LVB waarbij ook bij een ouder of beide ouders sprake is van laag begaafdheid of een LVB en waarbij sprake is multiproblematiek is het extra belangrijk om de (ontwikkeling van de) gehechtheidsrelatie tussen kind en ouders te onderzoeken en te volgen (zie ook de Handreiking Begeleiden van ouders met een licht verstandelijke beperking en multiproblematiek van het Landelijk Kenniscentrum LVB [20]; de Handreiking Goed Genoeg Opvoederschap van Amerpoort [32]; en Wat werkt voor licht verstandelijk beperkte ouders van het NJi [19]).

2.5 Prevalentie problematische gehechtheid bij LVB

Hechtingsstoornissen komen in de algemene bevolking zeer weinig voor. Er zijn mede daardoor bijna geen betrouwbare prevalentieschattingen van RAD in de algemene bevolking beschikbaar, aangezien daarvoor zeer grote steekproeven nodig zijn. In twee recente publicaties zijn wel grote steekproeven gebruikt. In een Fins onderzoek wordt de cumulatieve incidentie van RAD over een periode van 16 jaar geschat op 6.4 per 10.000 kinderen. Het betreft hier een representatief landelijk bevolkingsonderzoek (registerdata jeugdgezondheidszorg) onder bijna 1 miljoen kinderen geboren tussen 1996 en 2012 [22]. De gemiddelde leeftijd van de diagnose RAD was in dit onderzoek 7.4 jaar. In een groot Koreaans representatief landelijk bevolkingsonderzoek (verzekeringsclaims van ziekenhuizen) onder 14 miljoen kinderen onder de 10 jaar werd een cumulatieve incidentie van RAD of DSED van 5.3 per 100.000 kinderen gevonden over een periode van 3 jaar [34]. De hoogste incidentie werd in dit onderzoek onder 2-3 jarigen gevonden. De schattingen liggen erg uiteen, maar bevestigen dat deze stoornissen zeer zeldzaam zijn.

In risicopopulaties komen hechtingsstoornissen echter vaker voor [6]. In een Noorse steekproef onder 12- tot 20-jarigen binnen de residentiële jeugdzorg bleek bijna 24% te voldoen aan de criteria van een reactieve hechtingsstoornis (DSM-IV) [35]. Naar de prevalentie van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB is echter amper onderzoek gedaan. Alleen in het onderzoek van Giltaij en anderen [4 23] is bij licht verstandelijk beperkte kinderen van 5 tot 11 jaar die vanwege gedragsproblemen aangemeld waren bij de GGZ onderzocht hoe vaak er sprake was van een verstoorde gehechtheid. Binnen deze groep bleek dat 42% van de kinderen met een LVB, positief screende voor een hechtingsstoornis met behulp van een *Disturbance of Attachment Interview* met de ouder (DAI [36]). Ongeveer 5% van de jeugdigen met een LVB had met name symptomen van een reactieve hechtingsstoornis, 26% met name symptomen van een ontremde-sociaalcontactstoornis, en 11% had een mix van symptomen. Uit hetzelfde onderzoek bleek ook dat kinderen met een LVB die aangemeld waren bij de GGZ gemiddeld meer comorbide psychopathologie en grotere adaptieve beperkingen hadden wanneer er sprake was een reactieve hechtingsstoornis of een ontremd-sociaalcontactstoornis dan wanneer er geen verstoorde gehechtheid aanwezig was. Twee jaar later gaven ouders van 55 jeugdigen toestemming voor een vervolgonderzoek. Van deze groep screende 67% positief volgens de DAI. Met behulp van een gestructureerde observatie (*Clinical Observation of Attachment* (COA; [2 37]) en dossieronderzoek werd door twee experts vastgesteld dat er bij 18% sprake was van een hechtingsstoornis (7 jeugdigen voldeden aan de criteria van zowel een reactieve hechtings-stoornis als een ontremd-sociaalcontactstoornis; 2 voldeden alleen aan de criteria van een reactieve hechtingsstoornis en 1 jeugdige enkel aan een ontremd-sociaalcontactstoornis) [24]. De comorbide aanwezigheid van beide stoornissen bij veel kinderen in het onderzoek is opvallend gezien de opsplitsing in de DSM-5 in twee aparte stoornissen.

Voor zover bij ons bekend zijn er geen cijfers over aantallen cliënten met hechtingsstoornissen binnen de LVB-zorg/orthopedagogische behandelcentra

(OBC). Vanuit onze klinische ervaring binnen de LVB-zorg vermoeden we dat er ook bij een groot deel van deze cliënten sprake is van een problematische gehechtheid. Dit komt o.a. doordat bij jeugdigen met een LVB en hun omgeving relatief veel factoren samenkomen die het risico op het ontwikkelen van een problematische gehechtheid vergroten [38].

2.6 Perspectief op gehechtheid vanuit verschillende referentiekaders

De *gehechtheidstheorie* is oorspronkelijk ontwikkeld door Bowlby [39], die hechting als een evolutionaire biologisch bepaalde drijfveer beschouwde om te overleven, en verder door Ainsworth uitgewerkt [40]. Alle grote referentiekaders in de psychologie erkennen het belang van de gehechtheidstheorie en hebben deze geïntegreerd in hun theoretisch kader.

De *psychodynamische stroming* heeft als eerste de gehechtheidstheorie omarmd, na aanvankelijke kritiek, omdat het niet goed in de drifttheorie paste. Onder andere de objectrelatietheorie [41] en de theorie over mentaliseren en epistemisch vertrouwen [42], beide uit de psychodynamische hoek, hangen sterk samen met gehechtheid. De *theorie over intergenerationele overdracht van gehechtheidsproblematiek* [43] ligt op het snijvlak van het psychodynamisch en systeem-theoretisch kader. Vanuit het systeemtheoretisch referentiekader is daarnaast aandacht voor de verstoorde ouder-kind interactie en verstoorde patronen binnen het gezin [44]. Vanuit het *experiëntieel (client-centered) referentiekader* [45] wordt weinig expliciet over gehechtheid gesproken, maar in hun visie op de therapeutische relatie is gehechtheid een belangrijke factor. En EFT *(Emotionally Focused Therapy)* is een experiëntiële interventie die expliciet op de gehechtheidstheorie gestoeld is [46]. Het *leertheoretisch referentiekader* is pas veel later het gedachtegoed van Bowlby gaan integreren met de eigen theoretische modellen. Een gebrek aan basisvertrouwen wordt nu als een belangrijk mechanisme gezien in de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen, en herstel van vertrouwen is nu zelfs een cruciale voorwaarde voor de effectiviteit van (cognitief-) gedragstherapeutische interventies. In 2016 heeft het Tijdschrift voor Gedragstherapie een themanummer (Nummer 1) over gehechtheid uitgebracht, omdat men besefte dat de gehechtheidstheorie een meerwaarde kon hebben voor (cognitief-) gedragstherapeuten. Het *sociaalpsychologisch referentiekader* ziet gehechtheid in de bredere omgevingscontext [47]. Een interessant punt is om bij adolescenten meer aandacht te schenken aan de kwaliteit van de relatie met leeftijdsgenoten, aangezien de ouder-kindrelatie op die leeftijd steeds minder belangrijk wordt. Ten slotte is er het *neurobiologisch perspectief* op gehechtheid: een snel ontwikkelend werkveld op het gebied van spiegelneuronen, epigenetica, immunologie en hormoonhuishouding [48].

Het gevolg van de integratie van de gehechtheids-theorie met de andere theoretische kaders is een veelheid aan instrumenten en interventies voor de diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheid die vaak erg op elkaar lijken. In vrijwel alle interventies komt het belang van een positieve ouder-kindrelatie naar voren, waarbij sprake is van sensitiviteit, regulatie, aanraking, ruimte voor miscommunicatie en misverstanden gevolgd door het herstellen daarvan *(mismatch and repair)* en begrenzing vanuit verbinding. Veel behandelingen hebben een sensorische component of een spelcomponent [49]. Er zijn vooral accentverschillen. Bijvoorbeeld, in het leertheoretisch perspectief ligt het accent op het gehechtheidsgedrag, terwijl het psychodynamische kader meer over de gehechtheidsrepresentaties gaat. Psychodynamische en experiëntiële instrumenten en interventies zijn over het algemeen dan ook meer op het individu (intrapsychische) gericht, waar andere instrumenten en interventies meer systemisch (interpsychisch) van aard zijn. Het gaat hierbij met name om de ouder-kind interactie, maar ook om andere relaties.

3. Diagnostiek van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB

3.1 Insteek bij oudere kinderen

In deze handreiking richten we ons op de diagnostiek van problematische gehechtheid bij jeugdigen vanaf de basisschoolleeftijd, waarbij de gehechtheidsstijl al wat meer ingeslepen is. Voor informatie over diagnostiek met betrekking tot problematische gehechtheid bij het (zeer) jonge kind (jonger dan 6 jaar), verwijzen we de lezer door naar de Richtlijn Problematische gehechtheid [6], en naar de aanbevelingen voor screening, triage en diagnostiek bij 0- tot 6-jarigen vanuit de Dutch Association for Infant Mental Health (DAIMH). Wanneer bijvoorbeeld jonge ouders met een LVB zelf nog in behandeling zijn binnen de specialistische jeugd-GGZ of LVB-zorg en er een problematische gehechtheid bij hun jonge kind wordt vermoed of er een groot risico is op de ontwikkeling daarvan, kunnen passende diagnostiek, en vervolgens (preventieve) begeleiding en/of (preventieve) behandeling opgestart worden. Ook in deze situatie verwijzen we naar hierboven genoemde richtlijnen. Hierbij is het van belang om rekening te houden met aanpassingen die nodig zijn in verband met de (mogelijk) aanwezige LVB bij het kind en bij de (jonge) ouder(s) (zie ook: de Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB [50] en de Richtlijn Effectieve Interventies LVB [51] van het Landelijk Kenniscentrum LVB).

3.2 Breed en in samenhang

In dit hoofdstuk zijn de in paragraaf 2.6 besproken referentiekaders zoveel mogelijk vertegenwoordigd. De werkgroep is van mening dat binnen de diagnostiek van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB en hun ouders getracht moet worden om zoveel mogelijk de bijdragen vanuit verschillende kaders te integreren. Het gebruik van meerdere instrumenten vanuit verschillende kaders vergroot de volledigheid en validiteit van de bevindingen. Screeningsinstrumenten kunnen wel ingezet worden, maar dienen alleen in samenhang met informatie uit verder diagnostisch onderzoek geïnterpreteerd te worden.

In het stappenplan voor screening en diagnostiek dat binnen de Richtlijn problematische gehechtheid [6] wordt voorgesteld, vindt er bij iedere stap steeds iets meer verdieping plaats en is er telkens meer deskundigheid vereist: Stap 1: alertheid door jeugdprofessional; Stap 2: korte screening door gedragswetenschapper; Stap 3: uitgebreider onderzoek door gedragswetenschapper; Stap 4: bij ernstige problemen op het gebied van gehechtheid, doorverwijzing naar een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog, psychiater of orthopedagoog-generalist met relevante scholing in gehechtheidsproblematiek.

Gegeven de complexiteit van zowel onze doelgroep als het systeem om de jeugdige heen, en het hoge risico op problematische gehechtheid bij jeugdigen met

een LVB, hebben we binnen de specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg over het algemeen voornamelijk te maken met stap 3 (een gedragswetenschapper stelt in de intake het vermoeden van problematische gehechtheid vast) & stap 4 (uitgebreide verklarende diagnostiek). We kiezen in deze handreiking daarom voor een geïntegreerde benadering van de diagnostiek naar (de mate van) problematische gehechtheid. Voor een bruikbaar diagnostisch proces zal er, zover mogelijk, in samenhang en niet stapsgewijs aandacht moeten zijn voor:

- zowel gehechtheidsgedrag als gehechtheids-representaties
- het perspectief van de jeugdige en de ouder(s)
- zowel de jeugdige zelf als de jeugdige in interactie met zijn omgeving
- veiligheid van de jeugdige
- comorbiditeit en differentiaaldiagnostiek

Deze brede insteek zien we ook terug in de Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive disorder (RAD) and disinhibited social engagement disorder (DSED) van de AACAP, alhoewel deze zich met name richt op het jonge kind (< 6 jaar), alleen gaat over hechtings-stoornissen volgens de DSM-5 en niet specifiek ontwikkeld is voor jeugdigen met een LVB [1] [2].

Het herkennen van problematische gehechtheid vraagt om specifieke expertise. Binnen de specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg is het van groot belang dat er veel kennis over gehechtheid en problematische gehechtheid aanwezig is bij de professionals die daar onderzoek naar doen.

3.3 Keuze diagnostische instrumenten

In deze handreiking wordt een overzicht gegeven van beschikbare en klinisch bruikbare diagnostische instrumenten voor het onderzoeken van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB. Bij de inventarisatie hiervan is gebruikgemaakt van een aantal invloedrijke en onderbouwde richtlijnen of andere uitgaven die zijn uitgebracht op het gebied van (diagnostiek van) problematische gehechtheid [3] [5] [6] [14] [16] [52-54]. Ook is via het netwerk van de werkgroepleden geïnventariseerd welke diagnostische middelen bij jeugdigen met een LVB in de praktijk worden ingezet om een beeld te krijgen van de gehechtheid (gedrag en representaties) en gehechtheidrelatie(s).

Het betreft hier allemaal instrumenten die voor jeugdigen (en hun ouders) uit de algemene populatie zijn ontwikkeld en (met enige aanpassingen) op basis van klinische ervaringen van de werkgroepleden en collega's, toepasbaar zijn bevonden voor gebruik bij jeugdigen met een LVB.

In de geraadpleegde bronnen worden veel mogelijke vragenlijsten, interviews of procedures genoemd. Uit nader onderzoek bleek een aantal moeilijk toegankelijk te zijn voor de klinische praktijk, deels omdat ze meer voor wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden ontwikkeld zijn (o.a. Attachment Q-sort) of omdat een deel van de cursus niet in Nederland of online aangeboden wordt (o.a. Child Attachment Interview (CAI), Parent Development Interview (PDI), Gehechtheidsbiografisch Interview (GBI)). De werkgroep heeft geprobeerd zo goed mogelijk te achterhalen waar instrumenten, protocollen, handleidingen, cursussen e.d. beschikbaar of online te verkrijgen/te volgen zijn, zodat men er in de dagelijkse praktijk mee aan de slag kan.

Sommige instrumenten hebben we (nog) niet opgenomen omdat ze nog onvoldoende onderbouwd zijn bij jeugdigen in het algemeen en/of de werkgroepleden (en collega's) er nog geen klinische ervaring mee hebben opgedaan bij jeugdigen met een LVB (o.a. Security Scale, CAI) of omdat het instrument alleen ingezet wordt bij kinderen onder de 7 jaar (o.a. Attachment Relationship Interview (ARI-CP).

Om bovenstaande redenen werden diverse geopperde - soms veelbelovende - instrumenten door ons

vooralsnog niet als in voldoende mate beschikbaar en/of bruikbaar beschouwd binnen ons werkveld en zijn ze niet in verdere overzichten in deze handreiking opgenomen. In Bijlage 4 staat de lijst met nog niet opgenomen instrumenten.

In Tabel 1 zijn de beschikbare en wetenschappelijk en/of klinisch bruikbaar bevonden instrumenten te vinden, gerangschikt naar type instrument (vragenlijst, interview, observatie) en type informatie (gedrag kind, ouder-kind interactie, gehechtheidsrepresentatie ouder, gehechtheidsrepresentatie kind). Slechts één van de instrumenten (OKIV-R) heeft een beoordeling van de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). De genoemde kalenderleeftijd is de beoogde leeftijd voor gemiddeld begaafde kinderen. Aangezien jeugdigen met een LVB een jongere ontwikkelingsleeftijd hebben, verwacht de werkgroep dat de meeste instrumenten ook bij een enigszins hogere kalenderleeftijd bruikbaar zijn. Dit moet wel in het diagnostiekverslag beargumenteerd worden. In het algemeen zal er meer hulp nodig zijn bij de afname (bijvoorbeeld voorlezen vragen, vereenvoudigen woordgebruik, vaker herhalen, meer pauzes nemen e.d.). Voor algemene aanpassingen voor de LVB-groep, verwijzen we naar de Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB van het Landelijk Kenniscentrum LVB [50]. Bij elk instrument in Tabel 1 staat een link naar een beschrijving van het instrument met daarin aanvullende informatie:

- een korte omschrijving instrument
- informant
- doelgroep
- onderbouwing
- praktische bruikbaarheid
- ervaringen met het instrument bij jeugdigen met een LVB
- vereiste ervaring professional

3.4 Aanvullende informatie diagnostiekfase

Tijdens verschillende onderzoekmomenten (intake, spelobservatie, psychologisch onderzoek) kan de observatie van het gedrag van het kind in interactie met de onderzoeker ook aanwijzingen voor gehechtheidsproblematiek opleveren. Hetzelfde geldt voor het gedrag in interactie met leeftijdsgenoten en/of met bijvoorbeeld de leerkracht tijdens een schoolobservatie. Er is hier echter geen instrument of protocol voor, maar deze observaties kunnen uiteraard in combinatie met de instrumenten uit deze handleiding gebruikt worden. In de klinische praktijk wordt in een psychologisch onderzoek ook wel projectiemateriaal gebruikt om de mentale representatie van het kind in kaart te brengen. Aan de hand van projectieplaten, spelthema's en (gezins) tekeningen zou er iets gezegd kunnen worden over bijvoorbeeld de ouderbeleving, de zelfbeleving en de beleving van de wereld als een gevaarlijke dan wel veilige plek. Naast een gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor de betrouwbaarheid en validiteit van deze methoden [55], zijn ze verder niet geprotocolleerd of genormeerd en afhankelijk van de klinische blik van de onderzoeker en worden ze ook niet genoemd in Tabel 1.

3.5 Ontwikkelings-anamnese gehechtheid

Als werkgroep hebben we een ontwikkelings-anamnese gehechtheid samengesteld op basis van algemene ontwikkelingsanamneselijsten, zoals die gebruikt worden in diagnostische onderzoeken bij jeugdigen met een LVB bij Pluryn, 's Heeren Loo, De Banjaard/Youz en Karakter (zie ook [56]). Deze ontwikkelingsanamnese bevat vragen over de ontwikkelingsgeschiedenis van de jeugdige en het gezin. Deze specifieke ontwikkelingsanamnese is bedoeld om in een interview met ouders af te nemen (i.p.v. opsturen met een verzoek om ingevuld retour

Tabel 1. Instrumenten problematische gehechtheid uitgesplitst naar type instrument en informatied.

	Gedrag kind	Interactie ouder-kind	Representatie ouder	Representatie kind
Vragenlijst (in gesprek afnemen)	Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG; 0-5 jaar en ouder in de praktijk)	Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (OKIV-R; 8-18 jaar)		Experiences in Close Relationships-Revised Child version (ECR-RC: basisschool-leeftijd)
	Attachment Insecurity Screening Inventory 6-12 (AISI: 6-12 jaar)			
	Globale Indicatielijst Hechting (GIH: 13-18 jaar)			
Interview	Ontwikkelingsanamnese Gehechtheid (Alle leeftijden)	Ontwikkelingsanamnese Gehechtheid (Alle leeftijden)	Ontwikkelingsanamnese Gehechtheid (Alle leeftijden)	
	Disturbances of Attachment Interview (DAI; 5-11 jaar)		Working Model of the Child Interview (WMCI: 0-5 jaar & ouder in de praktijk)	
Observatie		Emotional Availability Scales (EAS: 0-14 jaar)		Attachment Story Completion Test/ MacArthur Story Stem Battery (ASCT/MSSB) (ASCT/MSSB: 3-12 jaar)
		Clinical Observation of Attachment procedure (COA: 6-12 jaar)		
		Marschak Interaction Method (MIM) (MIM: 0-18 jaar)		
		AMBIANCE (0-8 jaar en in praktijk tot 12 jaar)		

te sturen), aangezien het erg lastig is voor de meeste ouders om de vragen zonder hulp te beantwoorden. Bovendien kan men in een interview doorvragen en verduidelijken. De ontwikkelingsanamnese gehechtheid bestaat o.a. uit vragen over de relaties, contacten, reacties en belevingen binnen het gezin en tijdens het opgroeien van het onderzochte kind. Er is nog geen specifieke ervaring met deze samengestelde anamneselijst opgedaan.

Enkele tips voor het afnemen van een ontwikkelingsanamnese uit Dekker-van der Sande & Janssen (2010) [3]:

- Leg het doel van het gesprek uit: terugkijken hoe de ontwikkeling van de band/gehechtheid met hun kind is gelopen.
- Toon respect, heb geduld, interesse en openheid naar de ouders toe.
- Heb een positief neutrale houding i.v.m. mogelijke

schuld- of schaamtegevoelens of machteloosheid van ouders.

- Als er een vermoeden is van een problematische gehechtheidsrelatie en de ouders voelen zich schuldig en/of hebben een gevoel van falen: ontschuldig de ouders, luister goed en oordeel niet, geef erkenning voor de omstandigheden.
- Vraag de ouders om babyboeken en videobeelden van de babytijd mee te nemen als concrete voorbeelden.
- Let goed op de kwaliteit van het verhaal, de emotionele toon van de ouders en de manier waarop de ouders het gedrag betekenis geven.
- Hebben de ouders de LVB (en eventueel andere beperkingen) van hun kind geaccepteerd, lukt het ze er rekening mee te houden?

3.6 Aandachtspunten differentiaal-diagnostiek en comorbiditeit

Differentiaaldiagnostiek is nodig om uit te sluiten dat het gedrag beter passend is bij een andere stoornis of dat er andere verklaringen zijn. Voor de reactieve hechtingsstoornis geldt dat er bekeken moet worden of het gedrag niet beter (of ook) passend is bij een autismespectrumstoornis (ASS) of een algehele ontwikkelingsachterstand, zoals een verstandelijke beperking, al dan niet gecombineerd met een visuele beperking (moeilijk herkennen van signalen/onbegrepen gedrag). Bij ASS is er naast teruggetrokken gedrag, beperkte sociale wederkerigheid, en risico op cognitieve beperkingen en stereotiep gedrag, ook sprake van beperkingen in symbolisch spel en symbolische aspecten van taal en communicatie.

Belangrijk om op te merken, is dat Giltaij en anderen (2015) in een onderzoek bij jeugdigen met een LVB en een ASS hebben aangetoond dat er ook bij jeugdigen met een ASS sprake kan zijn van een hechtingsstoornis en zij van mening zijn dat deze stoornissen met gericht onderzoek van elkaar te onderscheiden zijn [23]. Uit onderzoek bij jeugdigen met een ASS maar zonder een LVB is al bekend dat een veilige gehechtheid bijna even vaak voorkomt als bij jeugdigen zonder een ASS. Echter, de combinatie een ASS en een LVB maakt de kans op het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie kleiner [33].

De ontremd-sociaalcontactstoornis onderscheidt zich van een aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD), omdat bij de ontremd-sociaalcontactstoornis de impulsiviteit voornamelijk op sociaal gebied is (waarbij sociale normen worden geschonden) en er sprake is ontoereikende zorg, terwijl bij ADHD meer problemen met inhibitie op het cognitieve vlak spelen. Er kan ook sprake zijn van comorbiditeit.

Jeugdigen met een LVB bij wie sprake is van het Williams-Beuren syndroom of Foetaal Alcohol Spectrum Stoornissen (FASD) laten ook ontremd sociaal gedrag zien, terwijl er niet per definitie sprake is van extreem ontoereikende verzorging. Bij deze jeugdigen wordt het ontremde sociale gedrag veroorzaakt door een genetische afwijking (deletie lange arm chromosoom 7 bij het William-Beuren syndroom) of door foetale neurologische schade (bij jeugdigen met FASD) [4].

4. Behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB

4.1 Curatieve insteek

De behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB kent twee sporen:

1. Preventieve insteek: training en behandeling van ouders (met een LVB) en/of bij hun zeer jonge kind met een vermoeden van een LVB en een risico op problematische gehechtheid.
2. Curatieve insteek: behandeling van problematische gehechtheid bij een jeugdige met een LVB.

In deze handreiking richten we ons vooral op de curatieve insteek. Voor informatie over preventieve interventies ter voorkoming van problemen in de gehechtheidsrelatie tussen ouder(s) en het jonge kind (jonger dan 6 jaar), verwijzen we de lezer door naar de Richtlijn Problematische gehechtheid [6], naar de behandelvisie vanuit de *Dutch Association for Infant Mental Health* (DAIMH) t.a.v. van 0- tot 6-jarigen en naar de Handreiking Goed Genoeg Opvoederschap van Amerpoort.

Bij jonge (tiener)ouders met een LVB die zelf nog in behandeling zijn binnen de specialistische jeugd-GGZ of LVB-zorg en waarbij de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie gevaar loopt, is het vanzelfsprekend nodig om een preventieve interventie in te zetten. Ook voor deze situatie verwijzen we naar de hierboven genoemde richtlijnen en specifiek naar de voor ouders met een LVB aangepaste preventieve interventie Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting for parents with Learning Disorders (VIPP-LD; wel in deze handleiding meegenomen).

Bij alle interventies is het natuurlijk van belang om rekening te houden met aanpassingen die nodig zijn in verband met de (mogelijk) aanwezige LVB bij het kind en bij de jonge ouder(s) (zie ook: de Richtlijn Effectieve Interventies LVB van het Landelijk Kenniscentrum LVB [51]).

4.2 Breed en in samenhang

Gegeven de complexiteit van zowel deze doelgroep als het systeem om de jeugdige met een LVB heen, geven we ook in behandeling de voorkeur aan een geïntegreerde benadering van problematische gehechtheid. De werkgroep is van mening dat binnen de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB en hun ouders getracht moet worden om zoveel mogelijk de bijdragen vanuit verschillende kaders te integreren (zie paragraaf 2.6).

Er worden steeds meer integratieve interventies ontwikkeld, ontstaan uit een samensmelting van verschillende referentiekaders. Zo bevat bijvoorbeeld Schematherapie zowel psychodynamische als cognitief gedragstherapeutische en experiëntiële elementen (waarbij de cliënt iets concreet lichamelijk moet voelen of beleven) en bevat bijvoorbeeld de Attachment Focused Family Therapy (AFFT) zowel experiëntiële als systeemtheoretische elementen. In de praktijk worden verschillende interventies ook gecombineerd (na elkaar of zelfs tegelijkertijd). Helaas is hierover geen wetenschappelijke onderbouwing

voor de effectiviteit beschikbaar en ook te weinig systematische klinische ervaring om dit te staven. Ook is er binnen de behandeling, net als binnen de diagnostiek, zoveel mogelijk aandacht voor:

- zowel gehechtheidsgedrag als gehechtheids-representaties
- het perspectief van de jeugdige en de ouder(s)
- zowel het individu als het individu in interactie met zijn omgeving
- de veiligheid van de jeugdige

4.3 Behandel-voorwaarden problematische gehechtheid

Het bijsturen van een problematische gehechtheidsrelatie verdient de voorkeur boven het opbouwen van een nieuwe gehechtheidsrelatie. Het bevorderen van positieve interacties tussen kind en vertrouwde personen vormt de basis voor de behandeling van problematische gehechtheid. Bij kinderen onder de 6 jaar heeft behandeling via de ouder(s) de voorkeur. Onderzoek naar het verbeteren van de gehechtheidsrelatie tussen jonge kinderen (zonder een LVB) en hun verzorger(s) laat zien dat bij deze jonge kinderen interventies gericht op het vergroten van de sensitiviteit van de ouder het meest effectief zijn voor het bevorderen van de gehechtheidsrelatie als deze interventies op jonge leeftijd en preventief, dus voordat er sprake is van problematische gehechtheid, ingezet kunnen worden (zie ook: Jeugdigen met een problematische gehechtheid: Wat werkt? [57]).

Naarmate het kind ouder is en/of de gehechtheids-problematiek hardnekkiger, gaat de voorkeur uit naar een interventie gericht op ouder(s) en kind samen. Dit wordt met name gedaan bij jeugdigen die nog thuis wonen en waarbij zowel bij de jeugdige als de ouders een onveilig model van gehechtheid aanwezig is of als de jeugdige in een instelling woont, maar de ouder wel de gehechtheidsfiguur is.

Bij ouders, al dan niet met een LVB, kunnen er omstandigheden zijn die deelname aan de behandeling kunnen belemmeren, bijvoorbeeld wanneer het de ouder aan draagkracht ontbreekt, de ouder het vermogen tot reflectie mist, de ouder niet beschikbaar is voor het kind of onvoldoende veiligheid kan bieden aan het kind. In dat geval dient eerst gekeken te worden naar de mogelijkheden om de ouder toch te kunnen laten deelnemen. Bijvoorbeeld door de draagkracht te vergroten, de draaglast te verminderen, het reflectief vermogen te vergroten en de veiligheid en beschikbaarheid voor het kind te vergroten. In sommige gevallen is daarvoor eerst behandeling van de ouder nodig. Als er echter geen beschikbare ouder is, kan de therapeut of begeleider een gehechtheidsrelatie met het kind aangaan.

Soms is het ook bij oudere kinderen beter om de behandeling te starten bij de ouder(s). Redenen hiervoor kunnen zijn:

- Als sprake is van een gebrek aan vaardigheden van de ouders omdat bij hen een onveilig model van gehechtheid aanwezig is.
- Als het systeem (nog) instabiel is, onvoldoende steunend of structurerend is, of als wordt ingeschat n.a.v. de diagnostiek dat het gebrek aan vaardigheden met name in het systeem liggen, en in veel kleinere mate bij de jeugdige zelf.
- Als de ouders open staan voor begeleiding.

De *Practice Parameter* van de AACAP geeft voor de behandeling van een verstoorde gehechtheid een aantal vergelijkbare voorwaarden die ook werkbaar zijn voor interventies gericht op het bijsturen of het opnieuw opbouwen van een problematische gehechtheidsrelatie [58]:

4.3.1 Voorwaarden behandeling jeugdige

- De jeugdige heeft een emotioneel beschikbaar persoon om zich aan te hechten.
- De jeugdige heeft een veilige en stabiele plek van waaruit hij positieve interacties met de gehechtheidsfiguur kan aangaan.

- De jeugdige is 6 jaar of ouder. Als het gaat om een kind jonger dan 6 jaar, kan gekozen worden voor uitsluitend behandeling via de ouder(s). In een review en meta-analyse is de effectiviteit aangetoond van met name kortdurende preventieve interventies gericht op het verbeteren van het sensitieve opvoedgedrag bij ouders van jonge kinderen waarbij sprake was gedesorganiseerde gehechtheid [7].
- Er is bij de jeugdige geen sprake van: crisis en/of het weren van ieder contact met behandelaren.
- Er wordt ingeschat dat het probleemgedrag van het kind niet een direct gevolg is van huidig inadequaat handelen van zijn/haar omgeving/opvoeders/systeem; als dit wel het geval is, dan moet eerst dat gedrag van de ouder veranderen (bijvoorbeeld: ouder slaat kind; kind slaat terug), voordat je gehechtheidsproblematiek bij de jeugdige gaat behandelen.
- De jeugdige woont bij voorkeur thuis. Als de jeugdige al binnen een instelling verblijft en woont, kan gekozen worden om de behandelfocus te richten op de begeleiding. Het contact tussen de jeugdige en de ouders dient gestimuleerd te worden.
- Indien sprake is van een instelling: er is een vaste vertrouwenspersoon/mentor/persoonlijk begeleider die het kind al kent en die het kind meerdere keren per week begeleidt.

4.3.2 Voorwaarden in de context en randvoorwaarden

- Er is een duidelijk, concreet behandelplan.
- Er dient een persoon aanwezig te zijn waarbij de jeugdige een gezonde(re) gehechtheidsrelatie kan opbouwen. Indien die er niet is, kan een familie-netwerkberaad zinvol zijn om te zoeken naar een geschikt persoon (zie ook: Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen [59] van het NJi).
- De behandelaren hebben expertise/zijn getraind in het uitvoeren van de interventie.

Voorts is het van belang om na te gaan of er aanvullend op de behandeling van de gehechtheids-problemen traumabehandeling moet worden ingezet (zie: Handreiking tijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen men jongvolwassenen met een LVB) [12]. Jeugdigen die naast gehechtheidsproblemen agressief en oppositioneel gedrag vertonen, hebben ook extra behandeling nodig.

4.4 Basisvoorwaarden opvoed- en leefklimaat

Een noodzakelijke voorwaarde voor een effectieve behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen is een veilig en ondersteunend opvoed- en leefklimaat. Als er binnen het opvoed- en leefklimaat sprake is van mishandeling of verwaarlozing, zullen er eerst acties ondernomen moeten worden om dit te stoppen. Vervolgens kunnen interventies gericht op het verbeteren van de gehechtheid worden ingezet.

Onderzoek wijst uit dat een aantal aspecten binnen het opvoed- en leefklimaat positief samenhangen met het welbevinden en de ontwikkeling van jeugdigen, zowel in de thuissituatie (zie o.a.: Normale ontwikkeling: De basis van opvoeding en ontwikkeling), als in residentiële (jeugd)instellingen (zie ook: Richtlijn Residentiële jeugdhulp) [60-64].

De aspecten die genoemd worden zijn:

4.4.1 Veiligheid, steun en sensitiviteit

Hierbij gaat het met name over emotionele veiligheid, een belangrijke basisbehoefte van waaruit iemand zich verder kan ontwikkelen. Concreet betekent dit dat de ouder/begeleider positief betrokken is bij de jeugdige en ingaat op signalen van de jeugdige dat die zich niet goed voelt of behoefte heeft aan contact of emotionele ondersteuning. Ook voor jeugdigen die in een instelling verblijven, geldt dat zij zich geaccepteerd, gewaardeerd en gesteund voelen. Dit wordt bewerkstelligd door oog te hebben voor de

behoeften van de jeugdige (sensitiviteit), betrouwbaar te zijn, positieve aandacht te geven en oprechte belangstelling te tonen. Dit vraagt van ouders en begeleiders reflectie op hun eigen gedrag, gevoelens en gehechtheidsrepresentaties. Dit laatste verwijst naar de manier waarop zij nadenken en vertellen over hun eigen gehechtheidservaringen/relatie met ouders of verzorgers.

4.4.2 Stimuleren van ontwikkeling en autonomie

Een voorwaarde voor het ontwikkelen van persoonlijke competentie is ruimte krijgen om te leren door zelf te doen en te ondervinden. Deze ruimte moet wel realistisch, passend en verantwoord zijn. Het gaat hierbij om een balans tussen enerzijds begrenzen, beschermen en overnemen en anderzijds vrijlaten en laten uitproberen. Een goed risicomanagement is hierbij van belang. Hoe hoger de ontwikkelingsleeftijd van een jeugdige is, hoe groter de ruimte moet zijn waarin de jeugdige zelf inspraak heeft en beslissingen kan nemen. Van belang is dan dat de ouder/begeleider de jeugdige het vertrouwen geeft om zelf dingen te doen en te beslissen en tegelijkertijd aanwezig is als het misgaat of als de jeugdige hulp nodig heeft. Ouders en begeleiders in jeugdinstellingen dienen ook oog te hebben voor mogelijkheden om te leren en oefenen in alledaagse situaties, of deze te creëren. Hierbij moet worden opgemerkt dat het voor jeugdigen met een LVB extra van belang is om rekening te houden met het risico op overvraging, waardoor de kans op faalervaringen en verminderd zelfvertrouwen groot is.

4.4.3 Structuur, regels en grenzen

Door het stellen van regels en grenzen ontstaat er meer duidelijkheid en voorspelbaarheid in het leven van de jeugdige, wat veiligheid en houvast geeft. Regels en grenzen moeten vanzelfsprekend aansluiten op het ontwikkelingsniveau van de jeugdige en op zijn of haar behoefte aan autonomie. In jeugdinstellingen dient bovendien rekening gehouden te worden met afspraken en regelgeving ten aanzien van vrijheidsbeperking. Om de wereld te kunnen begrijpen, heeft een jeugdige ook informatie en uitleg nodig, aansluitend bij de behoefte, belevingswereld, aandacht en het ontwikkelingsniveau. Zo is het belangrijk dat jeugdigen begrijpen waarom bepaalde regels er zijn en welke gevolgen er zijn bij overtreding daarvan. Door jeugdigen zoveel mogelijk te betrekken bij het bepalen en evalueren van regels, voelen zij zich serieus genomen en medeverantwoordelijk voor het naleven ervan. Hierbij dient opgemerkt te worden dat regels over hoe respectvol met elkaar om te gaan belangrijker zijn dan regels over bijvoorbeeld opruimen. Vanzelfsprekend dienen ouders/begeleiders zichzelf ook aan de regels en afspraken te houden en deze op dezelfde wijze te hanteren.

4.4.4 Bij uithuisplaatsing: begeleiden/stimuleren van interacties met belangrijke anderen

Dit laatste aspect geldt met name voor jeugdigen die in een instelling verblijven. Jeugdigen en hun ouders zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en een jeugdige zal altijd loyaal zijn aan zijn of haar ouders. Het is belangrijk om dit te respecteren. Een steunend netwerk kan daarnaast een essentiële rol spelen in het leven van de jeugdige. Het is daarom raadzaam om belangrijke personen te betrekken bij de behandeling van de jeugdige en de jeugdige te helpen om te investeren in contacten met deze personen. Voorbeeldgedrag van begeleiders en behandelaren, zoals een open en eerlijke houding naar anderen toe, is van groot belang.

4.5 LVB-specifieke aanpassingen in behandeling

Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij het cognitieve en sociaal-emotionele niveau van jeugdigen met een LVB, is het van belang om in ieder geval een aantal algemene aanpassingen in de behandeling

aan te brengen. In het algemeen zijn de volgende aanpassingen van belang (zie voor een uitgebreide beschrijving: Richtlijn Effectieve Interventies LVB van het Landelijk Kenniscentrum LVB [51]):

4.5.1 Veilige en positieve werkrelatie

Jeugdigen (en ouders) met een LVB hebben vaak veel faalervaringen opgedaan en zijn eerder geneigd om zich te richten op negatieve informatie. Het is van belang om aandacht te besteden aan de werkrelatie, de jeugdige positief te benaderen, de sterke kanten te benadrukken en de jeugdige veel succeservaringen op te laten doen.

4.5.2 Afstemmen van de communicatie

Jeugdigen (en ouders) met een LVB ervaren vaak problemen in de informatieverwerking, vinden het moeilijk om informatie te onthouden en hebben een beperkte woordenschat. Het is daarom van belang om korte, enkelvoudige zinnen te gebruiken, verbale informatie te doseren en daar waar nodig te ondersteunen met visueel materiaal. Herhalen en in eigen woorden laten herhalen van instructies en opdrachten helpt de jeugdige bij het zich eigen maken ervan.

4.5.3 Concreet maken van de oefenstof, voorstructureren en vereenvoudigen

Jeugdigen (en ouders) met een LVB hebben veelal een beperkt werkgeheugen, moeite met abstract denken en het ordenen, generaliseren en ophalen van informatie uit het lange termijngeheugen. Zij hebben vaak hulp nodig bij het structureren van gedachten, informatie en opdrachten. Het vereenvoudigen van de stof en concretiseren van informatie en oefenmateriaal is essentieel in de behandeling van deze jongeren, bijvoorbeeld door visuele middelen, geheugensteunen en voorbeelden uit het dagelijks leven van de jeugdige te gebruiken en de nadruk te leggen op oefenen in plaats van verbaliseren. Deze jeugdigen hebben daarnaast meer tijd nodig om informatie te verwerken en opdrachten uit te voeren.

4.5.4 Netwerk betrekken en aandacht voor generalisatie

Jeugdigen (en ouders) met een LVB hebben vaak moeite met het generaliseren van aangeleerde vaardigheden naar het dagelijks leven. Daarnaast lopen zij vaak het risico om door hun omgeving te worden overvraagd. Het is daarom van belang om het systeem (familie, school, begeleiders en andere berokkenen) bij de behandeling te betrekken, de jeugdige in verschillende omgevingen te laten oefenen en zowel de jeugdige als belangrijke mensen in zijn of haar omgeving psycho-educatie over de licht verstandelijke beperking te geven. Ook is er vaak sprake van een beperkt netwerk en is het wenselijk om aandacht te besteden aan het verruimen of versterken hiervan.

4.6 Psycho-educatie

Psycho-educatie over (problematische) gehechtheid is een belangrijk onderdeel van de behandeling, zowel voor de ouders als de jeugdige zelf. Belangrijk hierbij is om de psycho-educatie af te stemmen op het levensverhaal en klachten van de jeugdige en ouders, zodat zij zich erin herkennen en daarbij te voorkomen dat ouders worden 'beschuldigd'.

Er dient allereerst opgemerkt te worden dat er wat betreft psycho-educatie over problematische gehechtheid nauwelijks tot geen materiaal voorhanden is dat specifiek ontwikkeld is voor jeugdigen en/of ouders met een LVB. Psycho-educatiemateriaal dat al wel beschikbaar is en (hier en daar met enige aanpassingen) gebruikt kan worden zijn: de cirkels van veiligheid en vertrouwen, het bouwstenenmodel van Truus Bakker [65] en boekjes over onveilige gehechtheid (zoals De boom met de korte wortels [66] en Hoe Lizzy over hechting leerde [67]). De Banjaard/Youz ontwikkelt momenteel een psycho-educatiemodule voor

jeugdigen met een LVB. In het recent verschenen boek 'Integratief opvoeden: strategieën voor de opvoeding van kinderen met gehechtheidstrauma' [68] wordt ook psycho-educatie, inclusief handelingsadviezen, gegeven. Het boek is niet geschreven voor ouders met een LVB, maar kan wel samen met ouders worden doorgenomen, zodat ook het een en ander mondeling versimpeld geformuleerd kan worden. Bij jeugdigen met een LVB dient vanzelfsprekend ook aandacht te zijn voor een LVB-sensitieve aanpak door de ouders. Daarbij kan psycho-educatie over LVB en overvraging helpend zijn, ook bij de jeugdige of jongvolwassene zelf (o.a. Straatwijzer, Alles over LVB [69], Weet Wat Je Kan (WWJK)).

4.7 Keuze behandelingen

Er zijn op dit moment nog geen erkende behandel-interventies voor de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB. Er is wel een erkende interventie voor jeugdigen met een ernstige of matige VB of meervoudige beperkingen, namelijk integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)). In de klinische praktijk wordt ITGG ook ingezet bij kinderen tot 5 jaar met een LVB. Deze behandeling valt net buiten de doelgroep van deze handreiking (vanaf 6 jaar met LVB), maar omdat het de enige erkende interventie is voor de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een VB en sommige cliënten op het randje LVB en MVB functioneren, vermelden we ITGG wel in deze handreiking.

Er is desondanks wel een aanbod aan interventies die ingezet kunnen worden bij de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB en hun ouders. De werkgroep heeft getracht te komen tot een overzicht van gerichte *practice-based* interventies voor deze doelgroep. Om tot een handzaam en bruikbaar overzicht te komen voor interventies bij problematische gehechtheid, zijn door de werkgroep de volgende criteria gehanteerd:

1. De interventie heeft als centraal doel het bevorderen van de gehechtheid/het verminderen van de (nadelige gevolgen van) problematische gehechtheid.
2. Wetenschappelijk onderzoek heeft minimaal enige aanwijzingen voor effectiviteit aangetoond bij jeugdigen in het algemeen; bij voorkeur ook bij jeugdigen met een LVB.
3. Er zijn goede ervaringen met de interventie in de praktijk bij jeugdigen met een LVB.
4. Professionals kunnen in Nederland (of online) geschoold worden voor het kunnen en mogen uitvoeren van de interventie.

Op basis van de *Practice Parameter* van de AACAP [1] stellen we vast dat de onderbouwing van de door de werkgroep voorgestelde interventies het niveau *'Clinical Option'* heeft. De aanbevelingen uit deze handreiking zijn voor deze specifieke doelgroep gebaseerd op *'emerging empirical evidence based (e.g., uncontrolled trials or case series/reports) or clinical opinion but lack strong empirical evidence and/or strong clinical consensus'.*

In de Richtlijn Problematische gehechtheid [5] [6] worden vijf erkende (preventieve) interventies genoemd die in Nederland beschikbaar zijn die de ontwikkeling van veilige gehechtheid bij over het algemeen jonge kinderen (tot ongeveer 6 jaar) bevorderen door de ouder(s) te ondersteunen als het gaat om sensitief gedrag. Dit zijn de Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting & Sensitive Discipline (VIPP-SD), Ouder-baby-interventie, Parent Child Interaction Therapy (PCIT), Basic Trustmethode en Kortdurende Video-Hometraining (K-VHT). In deze handreiking richten we ons echter met name op interventies en behandelingen met een curatieve insteek, die gebruikt worden binnen de specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg en die geschikt zijn voor oudere kinderen (vanaf 6 jaar) met een LVB en hun ouders (ook deels met een vermoedelijke LVB).

Enkele veelbelovende interventies voor onze doelgroep hebben we (nog) niet opgenomen om de reden dat ze nog niet onderbouwd of onderzocht zijn bij jeugdigen in het algemeen en met een (L)VB in het bijzonder en/of de werkgroepleden (en hun collega's) er nog geen klinische ervaring mee hebben opgedaan bij jeugdigen (en hun ouders) met een LVB (bijvoorbeeld: Symbooldrama, Sherborne Samenspel, Sensorimotor Psychotherapy (SP), Intensieve Gehechtheidsbevorderende Traumabehandeling voor Kinderen (ITG-K)), en/of omdat het alleen ingezet wordt bij jonge kinderen (PCIT K-VHT, Watch, Wait & Wonder), omdat het een te lichte (preventieve) interventie is voor de specialistische jeugdhulp (bijvoorbeeld NIKA, K-VHT), omdat een behandeling niet zonder dure licentie uit te voeren is door professionals verbonden aan reguliere organisaties binnen de specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg (bijvoorbeeld Basic Trust), en/of omdat men zich er (nog) niet in Nederland in kan scholen (bijvoorbeeld Attachment and biobehavioral catch-up).

Daarnaast zijn er bredere interventies die ingezet kunnen worden in de behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB, zoals algemene behandel- en begeleidingsmethodieken (waaronder Triple C, Gentle Teaching, ARGOS en de Infant Mental Health aanpak) en niet specifiek op problematische gehechtheid gerichte vaktherapieën (zoals speltherapie, affectregulerende vaktherapie, en sensomotorische therapie). Deze therapieën vallen gezien de bredere insteek buiten het bestek van deze handreiking. Wel is het zo dat binnen de in deze handreiking besproken behandelingen ook sensorische componenten (o.a. Theraplay, ITGG, OKI-B) en spelcomponenten (o.a. ITGG, differentiatie en fasetherapie, DDP/AFFT) een belangrijke rol vervullen in de behandeling [49]. Een uitzondering is de beschreven aanpak voor psychomotorische therapie (PMT) voor jeugdigen van 6 tot 18 jaar met een LVB die gericht is op het tot stand brengen en/of het bevorderen van de gehechtheidsrelatie tussen de jeugdige en diens gehechtheidspersoon [70]. Er is bij de werkgroepleden echter geen aanvullende informatie uit onderzoek of praktijk bekend, en daarom is deze therapie nog niet opgenomen in de handreiking.
In deze handreiking bespreken we behandelingen die binnen de specialistische jeugd-GGZ en de LVB-zorg ingezet worden als er sprake is van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB. Interventies bij problematische gehechtheid zijn gericht op het bijsturen, behandelen of het opnieuw opbouwen van de/een gehechtheidsrelatie en zijn met de ouder(s) alleen, met de ouder-kinddyade, of met het kind alleen. In Tabel 2 staat een schematisch overzicht met behandelopties opgesplitst naar leeftijd en de persoon of personen waarop de behandeling met name focust. Bij elke beschrijving staat vermeld welke aanwijzingen voor onderbouwing en effectiviteit er zijn voor jeugdigen in het algemeen en voor jeugdigen met een LVB in het bijzonder.

Bij elke behandeling in Tabel 2 staat een link naar een beschrijving van behandeling met daarbij een korte omschrijving van:

- doel behandeling
- doelgroep
- aanpak
- duur
- onderbouwing
- ervaringen met de behandeling bij jeugdigen met een LVB
- opleiding en competenties

Tabel 2. Overzicht behandelingsopties problematische gehechtheida en status onderbouwingb voor jeugdigen met een LVB binnen specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg.

Focus op:	Leeftijd		
	6-12 jaar	13-16 jaar	17-21 jaar
Interactie jeugdige x ouders	AFFT TP lo-(l)vb D&F lo OKI-B MBT-F	AFFT/ABFT* TP lo Fasetherapie lo MBT-F	ABFT* MBT-F
Jeugdige	MBT-K (ITTG** vb) Schematherapie	MBT-A Schematherapie	MBT-A SCT/Helpers en Helden lvb
Ouders (mediatie)	VIPP-SD****/VIPP-SD-LD lo-lvb MBT-O/MBB vb MIG NVR	MBT-O NVR	MBT-O NVR

Afkortingen:
AFFT = Attachment Focused Family Therapy (= Dyadic Developmental Psychotherapy); **ABFT** = Attachment Based Family Therapy; **TP** = Theraplay; **D&F** = Differentiatie & Fasetherapie; **OKI-B** = Ouder-Kind Interactie Bewegingsspel; **MBT** = Mentalisation Based Treatment (K=kinderversie, A=adolescentversie, O=ouderversie, F=familieversie); **ITGG** = Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag; **SCT** = Schemagerichte Cognitieve Therapie/Schematherapie; **VIPP-SD** = Video Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline /**VIPP-LD** = VIPP - Learning Disabilities (voor ouders met een verstandelijke beperking); **MIG** = Modified Interaction Guidance); **NVR** = Non-Violent Resistance (geweldloos verzet in gezinnen; bij gedragsproblemen);

Onderbouwing:
**** =effectief volgens sterke aanwijzingen (databank effectieve jeugdinterventies NJi/databank effectieve sociale interventies Movisie);
*** = effectief volgens goede aanwijzingen (databank effectieve jeugdinterventies NJi/databank effectieve sociale interventies Movisie);
** = effectief volgens eerste aanwijzingen (databank effectieve jeugdinterventies NJi/databank effectieve sociale interventies Movisie);
* = goed onderbouwd (databank effectieve jeugdinterventies NJi/databank effectieve sociale interventies Movisie); (l)o = (lopend) onderzoek normaal begaafden; Toevoeging (l)vb = onderzocht of onderzoek gaande bij mensen met een (l)vb.

5. Lopend onderzoek in Nederland

Er wordt momenteel geen onderzoek uitgevoerd naar diagnostische instrumenten of interventies gericht op problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB en hun ouders.

6. Ter afsluiting

In deze handreiking hebben we willen inventariseren welke diagnostische instrumenten en behandelingen op het gebied van problematische gehechtheid bij jeugdigen vanaf 6 jaar met een LVB (en hun ouders) we tot onze beschikking hebben binnen de specialistische jeugd-GGZ en LVB-zorg en in welke mate er sprake is van enige wetenschappelijke onderbouwing en/of informatie over de klinische bruikbaarheid bij deze doelgroep beschikbaar is. We hebben daarbij ook gelet op de beschikbaarheid van materialen en mogelijkheden om opgeleid te worden. We hopen hiermee een voor de praktijk bruikbaar product ontwikkeld te hebben.

Aangezien de diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheid bij deze doelgroep complex zijn, de onderbouwing en klinische ervaring met de meeste instrumenten en behandelingen voor deze doelgroep beperkt zijn, zijn we als werkgroep van mening dat een gedegen basiskennis over problematische gehechtheid, alsook ervaring met jeugdigen met een LVB (en hun ouders) een belangrijke voorwaarde is in dit werkveld. De complexiteit vraagt ook om een integratieve aanpak, waarbij ouders, jeugdigen, begeleiders en behandelaren betrokken zijn. Ook zou het concept problematische gehechtheid meer geïntegreerd moeten worden in de onderzoeksparadigma's m.b.t gedragsstoornissen, stemmingsstoornissen, e.d. bij jeugdigen met een LVB. Momenteel wordt er met de aanwezigheid van problematische gehechtheid nauwelijks rekening gehouden in deze onderzoeksvelden, terwijl dit in de klinische praktijk wel degelijk een rol lijkt te spelen.

Mogelijk verklaart problematische gehechtheid deels waarom interventies voor deze stoornissen voor een aantal cliënten met een LVB niet effectief is.

Een eerste stap naar meer overzicht en integratie is een eenduidige terminologie. We hopen dat er landelijk en internationaal meer overeenstemming komt over het concept problematische gehechtheid. Epidemiologisch onderzoek naar gehechtheid bij de LVB-populatie en longitudinaal onderzoek gericht op de ontwikkeling van gehechtheid over de levensloop zou hier een belangrijk fundament voor kunnen leggen. Ook de processen die bij jeugdigen met een LVB en problematische gehechtheid leiden tot psychiatrische problematiek, kunnen middels wetenschappelijk onderzoek meer inzichtelijk gemaakt worden.

Deze handreiking laat ook duidelijk de noodzaak zien van meer praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek naar diagnostische instrumenten en de effectiviteit van (aangepaste) behandelingen. In zowel het diagnostiekgedeelte als het behandelgedeelte van deze handreiking mist nog veel wetenschappelijke evidentie. Om tot klinische overeenstemming t.a.v. diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen met een LVB (en hun ouders) te komen, is wetenschappelijke onderbouwing wenselijk. Verder mist er nog een observatie-instrument om problematisch gehechtheidsgedrag bij oudere kinderen met een LVB te observeren.

Deze handreiking is een werkdocument dat om de drie tot vijf jaar geëvalueerd en bijgesteld zal worden om up-to-date te blijven. Bij deze doorontwikkeling zal de werkgroep deskundigen zelf actief consulteren. We nodigen ook u uit om ervaringen uit de praktijk en resultaten uit onderzoek met ons te delen. Met name suggesties voor en werkzame aanpassingen aan bestaand materiaal t.b.v. jeugdigen met een LVB en nieuwe onderzoeksbevindingen zijn welkom (via e-mail: info@awkajak.nl). Verder staan wij open voor vragen, opmerkingen of discussie over wat wij in deze handreiking hebben beschreven.

Bijlage 1: Beschrijving instrumenten (alfabetisch)

Terug naar Tabel 1

Naam instrument

Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI 6-12) [71] [72] Globale Indicatielijst Hechting (GIH)

(Polderman & Kellaert-Knol, 2012)

KORTE OMSCHRIJVING VAN INSTRUMENT

De Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI) 6 -12 is een vragenlijst om gehechtheidsproblemen bij kinderen van 6 tot 12 jaar te signaleren. De AISI bestaat uit 20 items en screent niet alleen het totaal aan gehechtheidsproblematiek, maar ook kenmerken van te onderscheiden onveilige gehechtheidscategorieën: vermijdende, ambivalente of gedesorganiseerde gehechtheid. Daarnaast wordt een aantal open vragen gesteld over de ouder-kind relatie en de eigen beleving als opvoeder.

Voor kinderen in de leeftijd van 13 tot 18 jaar is de Globale Indicatielijst Hechting (GIH) beschikbaar. De GIH is eveneens een screeningsvragenlijst die beoogt gehechtheidsproblemen te signaleren. Deze vragenlijst bestaat uit 36 vragen over hechtingsgedrag en een aantal open vragen en indiceert: geen gehechtheidsproblematiek, lichte gehechtheidsproblematiek, gehechtheidsproblematiek, of forse gehechtheidsproblematiek. Het onderzoek naar de GIH is nog in ontwikkeling.

INFORMANT

Ouders

DOELGROEP

AISI: 6 -12 jaar, nog niet onderzocht bij ouders (met een LVB) van jeugdigen met een LVB.
GIH:13-18 jaar, nog niet onderzocht bij ouders (met een LVB) van jeugdigen met een LVB.

ONDERBOUWING

De AISI 6 -12 is vrijwel identiek aan de oorspronkelijk AISI-versie voor kinderen van 2 tot 5 jaar. Onderzoek naar de AISI 2-5 laat een goede betrouwbaarheid en construct- en convergente validiteit zien [73]. Het eerste onderzoek naar de betrouwbaarheid en interne structuur van de AISI 6 -12 jaar door de Universiteit van Amsterdam laat positieve resultaten zien [72]. De AISI 2-5 is inmiddels doorontwikkeld tot de ARI-CP 2-5 en deze vragenlijst laat goede betrouwbaarheid (interne consistentie) en constructvaliditeit zien en een matige convergente validiteit met de *Attachment Q-sort* en de *Emotional Availability Scales*.

De komende jaren zal ook de GIH verbeterd worden met hulp van de Universiteit van Amsterdam. Derhalve dienen de scores op de AISI 6 -12 en de GIH met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Op dit moment is er nog geen onderzoek bekend naar het gebruik van de ARI-CP 2-5, de AISI of de GIH bij opvoeders met een (licht) verstandelijke beperking. Daarom zullen de resultaten met extra voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Terug naar Tabel 1

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training
Geen training vereist.
Basic Trust biedt wel een training Diagnostiek en screening bij gehechtheidsproblematiek aan.

Tijdsinvestering
Afname van deze vragenlijsten duurt ongeveer 15 minuten plus scoring.
De AISI 6 -12 en de GIH kunnen ook via BergOp ingevuld worden.

Normering
Aanwezig (zie handleidingen); helaas exclusie van ouders met een LVB in de normeringsgegevens.

Handleiding
Handleiding AISI 6 -12 is beschikbaar [71].

Verkrijgbaarheid
Handleiding en vragenlijst AISI 6 -12 zijn te bestellen via Basic Trust.
Handleiding en vragenlijst GIH 13 -18 zijn te bestellen via Basic Trust.

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

AISI 6-12 (De Banjaard, 's Heeren Loo, Pluryn)
Fijne lijst, prettig om aan de hand van de vragen in deel A een indruk te krijgen van de gehechtheidsstijl van het kind. De vragen in deel B zorgen voor meer verdieping; je krijgt een indruk van hoe ouders hun relatie met hun kind (hebben) ervaren en of zij daarop kunnen reflecteren.

Het is op zich goed af te nemen bij ouders met een LVB, bij voorkeur wel samen met de ouder invullen, om bepaalde woorden te vertalen of toe te lichten (bijv. scheidingsmomenten). Vooral bij deel B is extra uitleg nodig, want sommige vragen zijn te abstract (bijv. Heeft uw kind een intense hechte band met u, waarin hij/zij veiligheid ervaart?). En de open vragen doen meer beroep op het reflectieve vermogen van de ouders. Ook vragen die over 'het hele leven' gaan, zijn soms moeilijk voor ouders met een LVB (bijv. Wanneer was u heel tevreden over het contact tussen u en uw kind?). Bij deel A zijn er veel antwoordmogelijkheden. Dat kan ook ingewikkeld zijn voor deze ouders.

Uit een enquête n.a.v. de doorontwikkeling van de AISI kwam onder andere naar voren dat bij sommige doelgroepen (waaronder opvoeders met een LVB of met een migratieachtergrond) iedereen in het klinische gebied valt of deze doelgroepen moeite hebben met het invullen van de vragenlijst. Bij opvoeders met laaggeletterdheid kan het aan te bevelen zijn om de vragen hardop voor te lezen [52].

GIH ('s Heeren Loo, Pluryn)
Handige lijst om een inschatting te krijgen of er geen, waarschijnlijk, wel of forse gehechtheidsproblematiek wordt vermoed op basis van de antwoorden. Deel B is vrij kort, korter dan de AISI, die op dat punt wat informatiever is. De ervaring is dat de meeste vragen niet tot problemen met de interpretatie leiden. Als het ouders met een LVB betreft, adviseren wij het samen met de ouders af te nemen, om items te vertalen of toe te lichten (bijv. 'anderen naar de hand zetten', 'allemansvriendjes'). Deze vragenlijst lijkt ook betekenisvol te kunnen worden ingezet met professionals als informant.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

Voor een verantwoorde interpretatie van de scores van de AISI 6 -12 of de GIH en de integratie van de uitslag met andere onderzoeksresultaten, beantwoording van onderzoeksvragen en verslaglegging, is een vooropleiding binnen de gedragswetenschappen vereist. Een Masterdiploma (Forensische) Orthopedagogiek, Ontwikkelingspsychologie (of vergelijkbaar) of Klinische Psychologie, aangevuld met een diagnostiekaantekening, wordt als minimale vereiste gesteld. Aanvullende scholing en verdieping in het thema gehechtheid wordt aangeraden.

Terug naar Tabel 1

Naam instrument

Attachment Story Completion Test/MacArthur Story Stem Battery (ASCT/MSSB) [80-83]

Nederlandse vertaling: Gehechtheidsverhalen [84]

KORTE OMSCHRIJVING VAN INSTRUMENT

De ASCT is ontwikkeld om in kaart te brengen hoe kinderen omgaan met gepresenteerde conflicten en emoties en op basis daarvan een relatie te leggen met hun interne werkmodellen over gehechtheid. Met behulp van spelmateriaal wordt het begin van een verhaal uitgebeeld en mag het kind het verhaal afmaken ('vertel me eens/laat me eens zien wat er verder gebeurt'). Deze verhaalaanzetten lokken projecties van gehechtheidsrespresentaties van het kind uit. De test bestaat uit negen basisverhaaltjes (story stems) en een vooropgezette scène met poppetjes en andere attributen. Elk verhaaltje bevat een specifiek conflict of dilemma dat gaat over een situatie die het gehechtheidssysteem activeert, zoals angst, pijn, uitsluiting en ruzie. De ASCT wordt gescoord aan de hand van een vast scoringsprotocol met 37 items die ieder laden op een specifieke gehechtheidsrepresentatie: 1. onveilig gedesorganiseerd; 2. onveilig ambivalent; 3. onveilig vermijdend; en 4. veilig [85]. De gehechtheidsrepresentatie waar het kind het hoogst op scoort, representeert de voornaamste gehechtheidsrepresentatie van het kind.

INFORMANT

De jeugdige

DOELGROEP

Ontwikkeld voor jeugdigen van 4 tot 10 jaar.
Adolescenten en volwassenen met een (L)VB met een mentale leeftijd van 4 tot 10 jaar. In vergelijking met vragenlijsten doet de ASCT een beperkt beroep op de verbale en taalvaardigheden, op het zelf genereren van informatie en op het reflecterend vermogen van de jeugdige.

ONDERBOUWING

In een studie met 5-jarigen bleek de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid goed te zijn. De classificatie van mate van veilige gehechtheid convergeerde met maten als gebrek aan scheidingsangst en positieve representatie van het zelfbeeld. Onderliggend aan de verschillende classificaties ligt een generieke factor: veilige gehechtheidsrepresentatie, blijkend uit de 1-factoroplossing en redelijke interne consistentie van die factor [84].
In ander onderzoek met jonge kinderen convergeerde de ASCT met uitkomsten uit de Vreemde Situatie, Attachment Q-sort test, en met sensitiviteit van de moeder [80] [82].

In een recent onderzoek is de ASCT afgenomen bij 27 kinderen van 6 tot 16 jaar met een LVB [85]. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was ook hier goed. De betrouwbaarheid van de ASCT bleek zowel op verhaal- als itemniveau redelijk (ambivalente representatie) tot goed (met name veilige en gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie). Volgens de ASCT had 79% van de kinderen een onveilige gehechtheidsrepresentatie (ambivalent, vermijdend of gedesorganiseerd). Bij een vergelijking van de ASCT-uitkomsten met diagnoses uit de dossiers (veilig versus onveilig) bleek de ASCT een sensitiviteit van 75% te hebben, maar de specificiteit was 20%. Dat wil zeggen dat 80% van de kinderen die op basis van het dossier geen gehechtheidsproblematiek hadden, door de ASCT wel als onveilige gehechtheidsrepresentatie werd gesignaleerd. Wellicht dat alleen een gedesorganiseerde representatie gebruikt zou moeten worden in de bepaling van de specificiteit.

De ASCT is gevoelig voor het detecteren van varianten van suboptimale gehechtheid (vermijdend en ambivalent).

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training

Er is een 2-daagse praktijkgerichte cursus via Fortior.

Tijdsinvestering

Afname ongeveer een half uur tot een uur. Er zijn verschillende codeersystemen mogelijk (zie ook: [86]), o.a. het

Terug naar Tabel 1

Little Piggy Narrative Coding System (LPN) dat is ontwikkeld door het Anna Freud Centrum in London. Deze wordt in de cursus gebruikt. *LPN*-coderen kost 5 tot 10 minuten per verhaaltje. De ASCT bestaat uit 9 verhaaltjes, waarbij je er minimaal 5 (verhaaltje 1, 3, 4, 6 en 8) af moet nemen.

Normering
Niet aanwezig. Indeling in classificaties op basis van codeersysteem na training.

Handleiding
MSSB beschrijving *story stems* en afname [81] [82]. De handleiding voor de ASCT bestaat uit 2 onderdelen (1. de verhaaltjes + richtlijnen; en 2. de *Little Piggy Narrative Coding System* manual). Deze ontvang je na de cursus.

Verkrijgbaarheid
Na training bij Anna Freud Center Londen of via Fortior.
Je moet zelf spelmateriaal aanschaffen (o.a. Duplo poppetjes en dierenfiguren).

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

('s Heeren Loo, Pluryn)
Dit instrument is goed te gebruiken bij jeugdigen met een LVB, de instructie is begrijpelijk en de test laagdrempelig en heel visueel. Aanpassingen voor de LVB-doelgroep zijn niet nodig. Het is een leuke en speelse manier om zicht te krijgen op de representaties die het kind met een LVB heeft over zichzelf en anderen. Jeugdigen vinden het erg leuk om te doen; het materiaal spreekt aan, nodigt uit tot het vertellen van een verhaal. Als jeugdigen een sociaal-emotioneel jong niveau hebben, en nog niet beschikken over verbeeldend spel, is het lastiger af te nemen. Sommige jeugdigen met een LVB kunnen niet meegaan in het spel en zijn zelf meer verteller in plaats van de poppetjes te laten praten. De verhaaltjesopzet is ook nog geschikt voor wat oudere cliënten met een LVB (soms zelfs tot 17 jaar).

Scoring en interpretatie zijn tijdsintensief en best ingewikkeld. Het zou fijn zijn als er een Nederlandse vertaling komt voor de toch wel ingewikkelde termen en begrippen (soms lastig van elkaar te onderscheiden). Als uitkomst krijg je een beeld van de interne gehechtheidsrepresentaties, hoewel dat met grote voorzichtigheid moet worden verondersteld.

(Philadelphia; uit [85])
De instructies waren helder en duidelijk en volgens experts (sociotherapeuten en gedragsdeskundigen van Philadelphia) goed te begrijpen voor kinderen met een LVB. Kinderen/jongeren ervaren de ASCT als leuk en niet belastend, getuige de vraag van één van de kinderen: "Mag ik volgende week weer mee om met de dieren te spelen?" Beschadigde kinderen en jongeren (met een LVB) staan over het algemeen niet te juichen voor testen en taken. De faalervaring en het wantrouwen zijn vaak groot. De ASCT, 'met de dieren spelen', is alleen al daarom een mooie aanvulling op bestaand materiaal.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

Kennis over gehechtheidsclassificaties en diagnostiekervaring in een klinische setting. De cursus is bedoeld voor orthopedagogen, psychologen en psychodiagnostisch werkenden in een eigen praktijk, een zorgorganisatie voor mensen met een verstandelijk beperking, het onderwijs, de GGZ en de forensische zorg.

Naam instrument

Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE) [74]

KORTE OMSCHRIJVING VAN INSTRUMENT

De AMBIANCE is oorspronkelijk ontwikkeld om te observeren of een ouder in de interactie met zijn/haar kind

Terug naar Tabel 1

atypisch gedrag laat zien, waarvan uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat dit geassocieerd is met gedesorganiseerde gehechtheid bij het kind. Het gaat hierbij dus om gedrag dat voor het kind beangstigend is (de ouder is dan een bron van angst en troost tegelijk). Het gedrag van de ouder wordt gescoord op de dimensies: a. affectieve communicatiefouten; b. rol- of grensverwarring; c. desorganisatie (bijv. dissociatie); d. intrusiviteit/negativiteit; en e. terugtrekking. Op elke dimensie wordt de ouder gescoord op een 7-puntsschaal, waarbij een score van 5 of hoger zorgelijk is. Als op meerdere dimensies een zorgelijke score wordt behaald, is de totale classificatie Verstoord, met andere woorden: een groot risico op een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. Vaak zijn dit ouders die zelf onverwerkte rouw of trauma hebben meegemaakt, bijvoorbeeld getraumatiseerd zijn door huiselijk geweld. Er is een grote overlap met de classificatie Verstoord op de WMCI. Er wordt dus niet zozeer gekeken naar (in)sensitiviteit bij de ouder; dat begrip staat volgens de ontwikkelaars los van gedesorganiseerde gehechtheid.

De ouder wordt gevraagd met het kind te spelen en om te gaan zoals ze dat thuis ook doen. Vervolgens wordt een video-opname van minimaal 20 minuten gemaakt, die daarna gescoord wordt aan de hand van 150 gedragsitems.

Er is in 2019 een onderzoek gepubliceerd dat de convergente en divergente validiteit van een kortere AMBIANCE (45 gedragsitems) onderzocht. De eerste bevindingen zijn veelbelovend en wellicht dat er in de toekomst een verkorte AMBIANCE beschikbaar komt [75].

INFORMANT

Ouders en jeugdige (observatie door getrainde professional).

DOELGROEP

De test is gevalideerd bij kinderen tot 8 jaar. Door de ontwikkelaars wordt het in de klinische praktijk bij kinderen tot 12 jaar gebruikt. Bij tieners zou de instructie aan ouders wel aangepast moeten worden.

ONDERBOUWING

De AMBIANCE is ingezet om verstoord oudergedrag te coderen in laag- en hoogrisicosteekproeven, bij met name bij kinderen tot 8 jaar, en de (interbeoordelaars)betrouwbaarheid van de AMBIANCE totaalscore en classificatie is goed [76]. Meta-analytisch onderzoek heeft een middelgrote associatie gevonden tussen verstoorde communicatie door de ouder en gedesorganiseerde gehechtheid van het kind [77]. Ook is er een relatie gevonden tussen de uitkomst op de AMBIANCE en de gehechtheidsrepresentatie van de moeder [78]. Verder zijn er aanwijzingen voor predictieve en discriminerende validiteit in relatie tot gedesorganiseerde gehechtheid een jaar later en stabiliteit van de AMBIANCE scoring [75]. De AMBIANCE blijkt ook veelbelovend als maat om de mate van behandeleffectiviteit vast te stellen [79].

Er is geen specifiek onderzoek verricht bij ouders van jeugdigen met een LVB en/of bij van ouders van kinderen tussen de 8 en 12 jaar.

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training

2-daagse training via RINO Amsterdam (door Benoit).

Tijdsinvestering

Minimaal 20 minuten observatie, plus ongeveer een half uur scoren (video-opname).

Normering

Niet aanwezig. Indeling in classificaties op basis van codeersysteem na training.

Handleiding

Handleiding wordt uitgedeeld tijdens de training.

Verkrijgbaarheid

Tijdens de training.

Terug naar Tabel 1

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(De Banjaard)

Het is prettig om een instrument te hebben dat specifiek focust op verstoord oudergedrag, waardoor je dat op een objectieve manier in kaart kunt brengen. Bij andere ouder-kind observatie-instrumenten wordt breder gekeken, en is het soms subjectief welke aspecten in het gedrag van de ouder verstoord zijn. Hier wordt heel concreet beschreven in de handleiding welke gedragingen er onder vallen. Goed in te zetten als je een ernstig verstoorde ouder-kind interactie verwacht.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

Niet bekend, maar gezien de complexiteit van het scoringssysteem lijkt een minimale vereiste dat de professional (GZ-psycholoog, psycholoog, orthopedagoog of kinder- en jeugdpsychiater) gedegen kennis van gehechtheidsclassificaties en diagnostiekervaring in een klinische setting heeft.

Naam instrument

Clinical Observation of Attachment procedure (COA) [2] [37]
Klinische Observatie van Gehechtheid

(©Giltaij & Sterkenburg)

KORTE OMSCHRIJVING VAN INSTRUMENT

Deze Klinische Observatie van Gehechtheid is een gestructureerde ouder-kind observatie in een onbekende ruimte, oorspronkelijk ontwikkeld voor jongere kinderen (14 maanden-6 jaar [37]) en gebaseerd op de Vreemde Situatie Procedure [40] met extra uitlokkende stresselementen. Voor oudere kinderen is de COA aangepast met een brandalarm of een onverwacht en luid alarmgeluid via een speaker en een vreemde onderzoeker die dicht bij het kind gaat zitten met een spelletje [3] [24]. De COA wordt beoordeeld met behulp van de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG) [1].

De COA beschrijft 8 soorten gehechtheidsgedrag: 1. affectie; 2. zoeken van troost; 3. vertrouwen in de ander; 4. samenwerking; 5. explorerend gedrag; 6. controlerend gedrag, 7. reactie bij hereniging/terugkeer.; 8. Reactie tegenover vreemden. Bij elke episode wordt omschreven wat (mal)adaptief gehechtheidsgedrag is.

INFORMANT

Observatie van ouder en jeugdige door getrainde professional.

DOELGROEP

Originele doelgroep zijn 0-5 jarigen, de aangepaste COA 6 -12 is geschikt voor de basisschoolleeftijd.
De Nederlandse versie is ook gebruikt bij oudere kinderen (tot 13 jaar) met een LVB en hun ouders [3] [24] [87].

ONDERBOUWING

In de *Practice Parameter* van de AACAP wordt een klinische observatie van de jeugdige met ouder(s) en met een vreemde geadviseerd [1]. De COA-procedure, oorspronkelijk ontwikkeld en getest door Boris en collega's, wordt hiervoor aanbevolen bij jonge kinderen [37].

Uit onderzoek bij klinisch verwezen jeugdigen met een LVB (5 tot13 jaar), blijkt deze voor oudere kinderen aangepaste COA voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid [24] en convergente validiteit met de Disturbances of Attachment Interview (DAI) en een klinische diagnose hechtingsstoornis te hebben.

Verder is er geen onderzoek met de COA bekend.

Terug naar Tabel 1

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training

Voor afname en scoring is training vereist, maar er is nog geen volledige training beschikbaar. Wel wordt binnen onderstaande trainingen een kennismaking met de COA (en LSVG) geboden:

- RINO Groep: 3-daagse cursus Diagnostiek van gehechtheidsproblemen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking te volgen. Kennismaking met o.a. LSVG en COA.
- Bartiméus: Training Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag bij kinderen/jongeren (op aanvraag). Kennismaking met o.a. LSVG en COA.

Tijdsinvestering

Het observatieprotocol duurt 50 minuten.
Gedragstranscript/scoring video-opname aan de hand van de LSVG duurt 30 minuten [1].

Normering

Voorlopige voorgestelde, maar nog niet onderzochte, normering van de LSVG [6]:

- Score ≥ 24 waarschijnlijk problematische gehechtheidsrelatie
- Score 16 -24 mogelijk problematische gehechtheidsrelatie
- Score 8 -16 waarschijnlijk geen problematische gehechtheidsrelatie

Handleiding

Er is geen Nederlandse handleiding; voor informatie zie [6].

VERKRIJGBAARHEID

Experimentele versie zie Box 5.5 op bladzijde 84 uit Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag of gratis te downloaden Protocol COA 6-12. (Appendix proefschrift Giltaij, 2017).

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(Pluryn, Ons Tweede Thuis, De Banjaard)

Levert veel inzichten en informatie op. De COA is een strakke procedure; het vereist nogal wat voorwerk, alertheid van de testleider en uitgebreide voorinstructie van de ouder. Daar gaat wel eens wat mis, ouders blijven toch als het kind smeekt of komen te vroeg weer binnen als het kind roept. Desondanks is het heel waardevol om te zien hoe de interacties verlopen tussen kind en gehechtheidsfiguur. Met de LSVG ernaast komen duidelijke patronen van gehechtheid aan het licht. Het levert veel inzichten en informatie op. Bij ouders met een LVB helpt het om naast de uitgebreide voorinstructie de instructies stap voor stap op kaartjes te geven, eventueel ondersteund met picto's (elke keer als de ouder op de gang komt, krijgt hij of zij een nieuw kaartje met instructies).

Kanttekening is dat er alleen wordt gekeken naar het gehechtheidsgedrag van het kind bij stress (vreemde situatie, separatie, hereniging, vreemde volwassene die ook fysiek dichtbij komt, brandalarm). De overige dimensies van de ouder-kind interactie worden niet meegenomen. De observatie is meer kindgericht dan interactiegericht. Het fysiek dichtbij komen kan door de jeugdige als intrusief worden ervaren, goed om hier aandacht voor te hebben en ook na de procedure te bespreken.

Praktisch puntje: het brandalarm is voor de rest van het gebouw niet erg prettig. Kan vervangen worden door onverwacht luid alarm via speaker in de kamer.

(Bartiméus)

Bij kinderen met een verstandelijke en/of een visuele beperking is het vragen of krijgen van hulp soms vanzelfsprekend gezien de beperking. Als dat het geval is, is het mogelijk geen specifiek gehechtheid gerelateerd gedrag.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

Voor de afname en scoring is een training vereist. Om te kunnen scoren moet de diagnosticus de betekenis van de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag begrijpen en het gedrag van het kind herkennen. Hiervoor wordt geadviseerd om de 3-daagse cursus Diagnostiek van gehechtheidsproblemen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking te volgen (bij RINO Groep). In deze cursus zit ook een kennismaking met de COA en wordt er geoefend met het afnemen van de LSVG. Deze cursus kan gevolgd worden door professionals vanaf niveau gedragswetenschapper.

Terug naar Tabel 1

Naam instrument

Disturbances of Attachment Interview (DAI)

Smyke en Zeanah (1999) [36]
Vertaald door Oosterman & Schuengel (2004)

KORTE OMSCHRIJVING VAN INSTRUMENT

Het doel van de DAI is om (mal)adaptief gehechtheidsgedrag in kaart te brengen aan de hand van gedragssymptomen. De DAI is een kort semigestructureerd interview met de ouder(s), bestaande uit 12 vragen. Er wordt gevraagd naar concrete voorbeelden van gedrag en deze worden verder uitgevraagd en uiteindelijk gescoord op een driepuntsschaal. Het interview duurt ongeveer een half uur en wordt op audiotape opgenomen. Daarvan wordt een verbatim transcriptie gemaakt.

De indeling naar mogelijke hechtingsstoornissen is:
- Geen gehechtheidsrelatie (gerelateerd aan geïnhibeerde subtype (symptomen van de reactieve hechtingsstoornis) en gerelateerd aan ongedifferentieerde subtype (symptomen van de ontremd sociaal-contact stoornis)
- *Secure-base distortions*/vertekeningen veilige basis (subtypes: a. zichzelf in gevaar brengend; b. vastklampend/geremde exploratie; c. hyperwaakzaam/overdreven aangepast; d. rolomkering) [88] [89].

INFORMANT

Ouders

DOELGROEP

0-6 jaar (oorspronkelijk)/niet specifiek voor jeugdigen met een LVB ontwikkeld.

Maar is ook te gebruiken tot middelbare schoolleeftijd. Meerdere wetenschappelijke onderzoeken hebben het instrument bij oudere kinderen ingezet, in ieder geval één onderzoek waarbij ook één van de ontwikkelaars van de DAI (Zeanah) betrokken was (7-13 jaar) [24] [90-94].

Er is een versie voor kinderen in de schoolleeftijd, maar hier is nog amper onderzoek naar gedaan in Nederland [94].

Te gebruiken bij jeugden met een LVB wanneer rekening gehouden wordt met het ontwikkelingsniveau van de jeugdige. De DAI is eerder gebruikt in onderzoek met (deels) jeugdigen met een LVB van 3 -13 jaar oud [23] [24] [90] [94].

ONDERBOUWING

De betrouwbaarheid (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en interne consistentie) en validiteit (criterium, convergente en divergente validiteit) voor gebruik bij jeugdigen zonder LVB zijn wetenschappelijk aangetoond [88] [89] [95-97].

In steekproeven met (deels) klinisch verwezen jeugdigen met een LVB zijn vergelijkbare betrouwbaarheidscijfers aangetoond [23] [87] [89] [94] [95] en veelbelovende aanwijzingen voor convergente validiteit met klinische observatiemethode (COA), klinische diagnose hechtingsstoornis [24] en vragenlijstmethode [94], maar kan klinische diagnose niet vervangen.

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training

Training DAI vereist voor afname. Deze wordt helaas alleen incompany aangeboden.
- RINO groep (3-daags, incompany, met betrouwbaarheidscertificaat).
- Bartiméus (2 dagdelen + eigen casuistiek/praktijkoefening, incompany of Bartiméus Doorn, met betrouwbaarheidscertificaat).

Tijdsinvestering
- Afname duurt ongeveer een half uur.
- Het uitwerken van de verbatim transcriptie duurt minimaal één uur.
- Het individueel scoren duurt een half uur plus een half uur om tot consensus te komen met een collega.

Terug naar Tabel 1

Normering
Niet beschikbaar.

In Nederlands onderzoek met de DAI bij jeugdigen met een LVB is de volgende scoring gebruikt: ≥ 3 positieve scores (score 1 of 2) op RAD-symptomen is indicatief voor RAD en ≥ 2 positieve scores op de DSED-symptomen is indicatief voor DSED [24]. Ander Nederlands onderzoek veronderstelt echter dat alleen een score 2 ('duidelijk/vaak verstoord') indicatief is voor verstoorde gehechtheid en dat score 1 ook kan duiden op temperamentsverschillen.

Handleiding
Informatie via cursus - geen aparte handleiding.

Verkrijgbaarheid
Via cursus (wordt niet uitgegeven). Zie ook Box 5.6, pagina 92 van Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag voor een overzicht van DAI-scores [3].

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(Karakter)
Goed te gebruiken, mits getraind in afname.

(Bartiméus)
Een gebruiksvriendelijk instrument door de korte afnameduur, geringe belastbaarheid en de specifieke informatie die het oplevert over de mate van gehechtheid. Het is belangrijk door te vragen naar concrete voorbeelden van hoe het kind zich ten opzichte van de opvoeder gedraagt. Het heeft de voorkeur om beide ouders apart van elkaar te interviewen, aangezien het kind met elke ouder een andere relatie kan hebben. Een aanbeveling is dat de beoordeling mede door een onafhankelijk persoon gebeurt. Vraag 10 over aanklampend gedrag is eerder maladaptief bij oudere kinderen. Er zijn verder geen specifieke aanpassingen nodig i.v.m. een LVB [3].

Verder is er geen ervaring mee binnen de werkgroep. Afgelopen jaren is de RINO-training niet doorgegaan.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

De afname en scoring dienen plaats te vinden door een in de DAI getrainde GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychiater (RINO Groep). Bij de training van Bartiméus mogen ook gedragswetenschappers deelnemen aan de training.

Kennis over gehechtheidsclassificaties en diagnostiekervaring in een klinische setting is een vereiste.

Naam instrument

Emotional Availability Scales (EAS) [98-101]

Aangepaste gedragslijst (Boon, 2013) gebaseerd op de EAS in Tabel 1 van NTZ-artikel [102]

KORTE OMSCHRIJVING VAN INSTRUMENT

Emotional Availability Scales (EAS) betreft een set van multidimensionale observatieschalen (verbaal en met name non-verbaal) waarmee de emotionele kwaliteit van de ouder-kindrelatie (de emotionele beschikbaarheid binnen een dyadische relatie) beoordeeld wordt en klinische uitspraken gedaan kunnen worden over de sterke en zwakke kanten van de ouder-kind interactie en de globale kwaliteit van de ouder-kindrelatie. De basis is een 10 tot 20 minuten durende video-opname van een spelsituatie met ouder en jeugdige. De EAS bestaat uit vier ouderschalen (1. sensitiviteit (emotioneel & gedragsmatig); 2. gestructureerdheid; 3. niet-intrusiviteit; 4. niet-vijandigheid) en twee kindschalen (5. responsiviteit (zowel emotioneel als gedragsmatig), 6. betrokkenheid ouder realiseren). De (emotionele) sensitiviteit en responsiviteit van de ouders in de omgang met het kind in samenhang met de (emotionele) responsiviteit van het kind kan met deze schalen worden beoordeeld op een 5- tot 7-puntsschaal. Elke schaal kijkt naar meerdere aspecten. Bijvoorbeeld de schaal 'niet-intrusiviteit' kijkt naar aspecten als overdirectiviteit, overstimulering, interfereren of overbescherming [103]. Het gehechtheidsgedrag/emoties van

Terug naar Tabel 1

het kind in samenhang met die van de ouder en bijvoorbeeld de reactie op onveiligheid (wat doen kind en ouder om de veiligheid te herstellen) kan ook geanalyseerd worden. De eindscore van de EAS kan vertaald worden naar zeven corresponderende gehechtheidscategorieën (van veilig goed tot gedesorganiseerde gehechtheid/ getraumatiseerde relatie). Met behulp van de EAS kunnen uitspraken gedaan worden over de kwaliteit van het (emotionele) contact in het algemeen, inclusief, maar niet noodzakelijkerwijs, in stressvolle situaties.

Om interacties tussen begeleider (i.p.v. ouder) en jeugdigen en jongvolwassenen te analyseren is een aangepaste gedragslijst ontwikkeld [102]. De aangepaste gedragslijst is gebaseerd op de EAS en heeft in een pilotonderzoek aangetoond bruikbaar te zijn in het beschrijven en bespreken van het interactiegedrag tussen jongvolwassenen met een LVB en zijn of haar begeleider.

INFORMANT

Ouder (begeleider) en jeugdige (observatie door getrainde professional).

DOELGROEP

Voorlopig voor jeugdigen van 0 tot 14 jaar en hun ouders [101].
De EAS is in principe ontwikkeld voor jeugdigen met en zonder beperkingen [104]. Afhankelijk van de beperkingen stellen de auteurs aanpassingen in de codering van de schalen voor [104].

ONDERBOUWING

De EAS is in meer dan 100 publicaties gebruikt, heeft een goede constructvaliditeit en kan betrouwbaar ingezet worden in een brede leeftijdsgroep van zowel typisch als atypisch ontwikkelende kinderen en kinderen in een hoogrisico-omgeving [105]. Er is sprake van convergente validiteit met type gehechtheidsrelatie, waaronder een link met gedesorganiseerde gehechtheid [105].

Biringen en collega's (2005) beschrijven in het artikel 'Applying the emotional availability scales to children with disabilities' hoe de EAS toegepast kan worden bij de meer uitdagende interactie tussen ouders van o.a. jeugdigen met een (L)VB (syndroom van Down, Prader-Willi syndroom, Williams-Beurensyndroom) en autisme [104].
Er worden in dit artikel ook voorlopige aanpassingen voorgesteld (pagina 383-386) voor het coderen van de 6 EAS-schalen bij jeugdigen met beperkingen.

In een kleine pilotstudie (n = 3) onder jongvolwassen cliënten met een LVB en hun begeleiders bleek gehechtheidsgedrag observeerbaar en goed in te delen volgens de aangepaste EAS-schalen. De begeleiders konden uit de voeten met de gehanteerde begrippen uit de EAS en vonden de feedback bruikbaar in de dagelijkse praktijk [102].

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training

1. 3-daagse EAS-training 0-5 jaar (online beschikbaar in het Engels) met betrouwbaarheidstoetsing (certificaat) - gereduceerd tarief met een groep.
2. Na het volgen van 1. kan er ook een online EAS-training voor 6- tot 14-jarige kinderen gevolgd worden.
3. Biringen komt daarnaast regelmatig naar Europa.

Tijdsinvestering

15-20 minuten video-opname; minimaal 30 minuten scoren.

Normering

Niet aanwezig. Indeling in classificaties op basis van codeersysteem na training.

Handleiding

Engelstalige versie EAS *infancy - early childhood version*.
Engelstalige versie EAS *middle childhood - youth version*.
Al het EAS-materiaal wordt beschikbaar gesteld na het volgen van de cursus.

Verkrijgbaarheid

EAS-materiaal beschikbaar na volgen cursus.
Aangepaste gedragslijst (Boon, 2013) staat in Tabel 1 van NTZ-artikel [102].

Terug naar Tabel 1

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(Ambiq)

Fijn instrument, omdat je de interactie van kind naar ouder en van ouder naar kind bekijkt (i.t.t. COA). Er kan veel informatie uit gehaald worden, dat ook goed door ouders herkend kan worden. Ook subtiele signalen komen goed naar voren. Een voordeel is dat het in de thuissituatie gefilmd kan worden door bijvoorbeeld een ambulant begeleider. Dat scheelt tijd en is minder belastend voor kind en ouder. Het is wel een uitdaging om de juiste observatieschalen te hebben. Pas na training krijg je inhoudelijk de informatie over alle observatieschalen.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

De professional moet voor de afname ervan en voor een correcte interpretatie van de uitkomsten goed op de hoogte zijn van de gehechtheidstheorie en geschoold zijn in diagnostische vaardigheden.

De kwalitatieve beoordeling van de verkregen informatie met de EAS moet gedaan worden door een EAS-getrainde en gecertificeerde professional (GZ-psycholoog, psycholoog, orthopedagoog of kinder- en jeugdpsychiater) met ervaring op het gebied van gehechtheidsproblematiek en -representaties.

Naam instrument

Experiences in Close Relationships Scale-Revised Child version (ECR-RC) [106]

Nederlandse vertaling van de ECR-R door Buysse & DeWitte (2004) [107]

KORTE OMSCHRIJVING VAN INSTRUMENT

De ECR-RC is een 36-item zelfrapportagevragenlijst om angstige en vermijdende gehechtheidsrepresentaties van kinderen en adolescenten vast te stellen ten opzichte van moeder, vader, voogd of nauwe verwanten. Elk item wordt beantwoord op een 7-punts Likert-schaal.

INFORMANT

Jeugdige; in principe zelfrapportage/bij LVB samen invullen.

DOELGROEP

8-14 jaar.
Vanwege de langer lopende puberteits- en identiteitsontwikkeling bij mensen met een LVB kan dit instrument tevens ingezet worden bij volwassenen met een LVB bij wie de puberteits-ontwikkelingsmijlpalen nog niet volledig bereikt zijn.

ONDERBOUWING

De ECR-RC is een aanpassing van de ECR-R, een valide en veelgebruikt zelfrapportage-instrument om dimensies van gehechtheid van volwassenen in een romantische relatie te meten [53] [107] [108]. De bewerkte versie voor kinderen beoogt de gehechtheid in de relatie tussen ouder en kind vast te stellen. Er is nog weinig onderzoek met de ECR-RC gedaan en er is geen onderzoek bekend bij de jeugdigen met een LVB.

De ECR-RC laat bij kinderen en jeugdigen (niet LVB) een 2-factorstructuur zien, ondanks de relatief hoge correlatie tussen de dimensies angstige en vermijdende gehechtheid met moeder of vader. De interne consistentie voor de twee schalen is hoog.

Convergente validiteit voor de volwassenenversie is gevonden tussen de ECR-R schalen en de Attachment Security Scale en tussen de ECR-R Vermijdende schaal de gepreoccupeerde gehechtheidschaal van zowel de Preoccupied Avoidant Coping Questionnaire als de Relationship Questionnaire [106]. Beide ECR-R schalen hadden een significante relatie met o.a. depressieve symptomen.

Terug naar Tabel 1

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training
Niet nodig.

Tijdsinvestering
Het invullen/afnemen van de vragenlijst duurt 10 minuten.

Normering
Zie Tabel 2 [106]. Gemiddelden en standaarddeviaties uit Vlaamse steekproef (n = 2034 niet-klinische groep; n = 99 klinische groep; beide steekproeven jeugdigen zonder een LVB).

Handleiding
Niet aanwezig.

Verkrijgbaarheid
ECR-RC vragenlijst, zie Tabel 1 uit publicatie van Brenning en collega's (2011) [106].

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(De Banjaard)
De huidige Vlaamse versie is niet goed bruikbaar bij Nederlandse jeugdigen (bijv. Wanneer ik toon aan mijn moeder dat ik haar graag zie). Los van het Vlaams zijn de zinnen lastig te begrijpen voor jeugdigen met een LVB, met name de zinnen met ontkenningen (bijv. Ik vind het niet gemakkelijk om veel dingen over mezelf te vertellen aan mijn moeder en Ik voel me niet op mijn gemak als mijn moeder me te veel knuffelt). Cliënten weten niet goed of ze dan wel of niet akkoord moeten antwoorden. De 7 antwoordmogelijkheden van helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord zouden ook aangepast moeten worden voor de LVB-populatie; 'eerder niet akkoord' en 'eerder wel akkoord' brengt verwarring. Dus ook bij gezamenlijk invullen is uitleg geboden.

Sommige cliënten met gehechtheidsproblematiek zijn (overdreven) loyaal naar ouders: er mag niks negatiefs over ze gezegd worden, er is ook geen ambivalentie. Zij weigeren lijsten in te vullen die over de ouder-kindrelatie gaan of vullen deze uiterst positief in.

Geadviseerd wordt de cliënt met een LVB te begeleiden tijdens het invullen van de vragenlijst. Begeleiding kan bestaan uit het beschikbaar zijn voor vragen of het oplezen van de vragen en het noteren van de antwoorden. Bij interpretatie dient rekening gehouden te worden met (in)validiteit in geval van toepassing bij een kind met lager cognitief niveau dan een basisschoolkind.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

Kennis van en ervaring met gehechtheidsproblematiek en -representaties.

Naam instrument

Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG)

Behavioral Signs of Disturbed Attachment in Young Children (BSDA) (2, 109)
Nederlandse vertaling [13]

KORTE OMSCHRIJVING INSTRUMENT

Deze checklist geeft een eerste aanwijzing (geen diagnose) voor de aanwezigheid van gehechtheidsproblemen.
De LSVG bestaat uit 8 signalen van verstoord gehechtheidsgedrag:
1. affectie; 2. zoeken van troost; 3. vertrouwen in de ander; 4. samenwerking; 5. explorerend gedrag; 6. controlerend gedrag; 7. reactie bij hereniging/terugkeer; 8. reactie tegenover vreemden.
Er wordt gevraagd naar concrete voorbeelden van gedrag in sociale relaties. Gedrag wordt gescoord op een vijfpuntsschaal (1 = bijna altijd normaal - 5 = bijna altijd verstoord).

In een gesprek met de ouders wordt voor elk gedrag uit de lijst nagegaan of het kind het gedrag laat zien ten

Terug naar Tabel 1

opzichte van de ouder. Het is ook mogelijk de lijst in te vullen op basis van observaties van het kind met zijn ouder.

INFORMANT

Ouders of vaste begeleiders die de jeugdige minimaal 1 jaar kennen.
Diagnosticus bij gebruik als scoringsmethode tijdens/na observatie.

DOELGROEP

0-5 jaar (oorspronkelijk).
Kan ook bij oudere kinderen/jeugdigen afgenomen worden [6]. Bij kinderen boven de 5 jaar wordt de ouder gevraagd om in gedachten te nemen hoe het kind was rond de peuter- en kleuterleeftijd.

ONDERBOUWING

Theoretisch goed onderbouwd en wordt internationaal als best practice gezien om een eerste vermoeden van problematische gehechtheid te bevestigen of te weerleggen [2] [13]. Hall, Van Bakel & Wolff hebben recent een onderzoek afgerond naar de psychometrische kwaliteiten van de LSVG in de Jeugdgezondheidszorg, Jeugdhulp en Jeugd-GGZ (n = 200 ouder-kind paren; 1-6 jarige kinderen). De resultaten (zie ook ZonMw-website) laten zien dat de LSVG convergeert met de Attachment Q-sort, de ouder-kind interactie in de thuissituatie, een verstoorde representatie (WMCI) en psychosociale problemen. Verder is de interne consistentie van de acht signalen en de sensitiviteit en specificteit goed (Attachment-Q-Sort als criterium). Er is nog geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de betrouwbaarheid en validiteit van deze lijst bij kinderen en jeugdigen met een LVB.

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training

Er is geen specifieke training nodig, maar het wordt aangeraden om de driedaagse cursus Diagnostiek van gehechtheidsproblemen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking te volgen (bij RINO Groep; vanaf niveau gedragswetenschapper) en eerst in samenwerking met een meer bedreven collega de LSVG af te nemen.

Tijdsinvestering

Afname duurt ongeveer 30 minuten; Scoring kost eveneens 30 minuten.

Normering

Voorlopige voorgestelde, maar nog niet onderzochte, normering [6]:
- Score 16-24 mogelijk problematische gehechtheidsrelatie
- Score ≥ 24 waarschijnlijk problematische gehechtheidsrelatie
- Score 8-16 waarschijnlijk geen problematische gehechtheidsrelatie

Handleiding

Er is geen Nederlandse handleiding. In een artikel van Giltaij en collega's [24] wordt wel gesproken over een handleiding van de Engelstalige LSVG, de Behavioral Signs of Disturbed Attachment in Young Children, maar de werkgroep heeft hier geen referentie voor kunnen vinden.

Verkrijgbaarheid

De Nederlandse vertaling is vrij verkrijgbaar en o.a. te vinden in het stuk over Signaleringsinstrumenten in het hoofdstuk 'Signalering en diagostiek' van de Richtlijn Problematische gehechtheid [6].

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(Karakter, De Banjaard, Pluryn)

Prettige lijst, goed bruikbaar om in een breder onderzoek een globaal beeld te krijgen van het gehechtheidsgedrag. Hoewel je de inhoud zelf concreet dient te maken, geeft het wel een mooie samenvatting van het gehechtheidsgedrag. De lijst is op meerdere manieren te gebruiken: in een interview met ouders als onderlegger voor een anamnestisch gesprek, als observatie-instrument (bijv. om de COA (Clinical Observation Attachment?Klinische Observatie van Gehechtheid) te scoren), en als invullijst door groepsleiding met aanvullend een gesprek met de gedragsdeskundige. Met name wanneer de lijst als observatie-instrument gebruikt wordt, is het belangrijk je score niet te baseren op één situatie. Met voldoende kennis van gehechtheidsgedrag moet een

Terug naar Tabel 1

gedragswetenschapper voldoende uit de voeten kunnen met de lijst en dan zijn de resultaten ook betekenisvol. We hebben onze bedenkingen bij de validiteit van de lijst als die (zonder toelichting) wordt uitgezet naar groepsleiding of ouders (met een LVB).

Het is van belang dat de interviewer kennis van de gehechtheidstheorie en LVB heeft om de kenmerken goed te bevragen bij ouders, alsook ervaring met diagnostiek naar gehechtheid. De interpretatie is lastig als ouders niet alles goed terug kunnen halen en moeite hebben met voorbeelden geven. De LSVG is eigenlijk bedoeld voor jonge kinderen, maar is ook bruikbaar bij kinderen van de basisschoolleeftijd.

(Bartiméus [3])
Als scores verschillen tussen personen, moet onderzocht worden of bepaald gehechtheidsgedrag relatiespecifiek is. De lijst is bedoeld voor jonge kinderen. Bij oudere kinderen/jeugdigen zijn de gedragssignalen niettemin heel herkenbaar. Wel moet rekening gehouden worden met de uitingsvorm. Affectie tonen bijvoorbeeld zal bij een peuter veel lijfelijker gaan dan bij een dertienjarige, die affectie eerder via de taal of mimiek zal uiten. Samenwerken en hulp vragen moeten onderscheiden worden van de functionele, dagelijkse ondersteuning die het kind nodig heeft in verband met de verstandelijke beperking. Exploratie als signaal van gehechtheid is minder van toepassing bij oudere kinderen, maar grote geremdheid in spel, sterk aanklampend gedrag of afwezigheid van 'check back' via kort oogcontact in onbekende omgeving, kunnen als maladaptief gezien worden. Allemansvriendgedrag binnen een instelling is lastig te onderkennen en wordt soms verward met vriendelijkheid.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

Kennis van de gehechtheidstheorie en bekendheid met veilig en onveilig gehechtheidsgedrag, kennis van ontwikkelingspsychologie en kenmerkende gedragingen in verschillende leeftijdsfasen zijn nodig om het gedrag te kunnen beoordelen en tot scoring te komen.

De aangeraden 3-daagse cursus Diagnostiek van gehechtheidsproblemen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking kan gevolgd worden door professionals vanaf niveau gedragswetenschapper.

Naam instrument

Marschak Interaction Method (MIM) [110]

Nederlandse versie: de MIM-NL Box (via Theraplay academie; oprichter B. Sleeuw). De MIM is onderdeel van Theraplay® [110-112]

KORTE OMSCHRIJVING VAN INSTRUMENT

De MIM (Marschak Interaction Method; [110] is een semi-gestructureerde observatiemethode die de ouder-kindinteractie op het gebied van de vier dimensies van Theraplay® (structuur, betrokkenheid, verzorging en uitdaging) in kaart brengt [112]. Op alle dimensies wordt het gedrag van de ouder en het gedrag van het kind geobserveerd. De interactie wordt opgenomen op video, om gedragingen te analyseren en te bespreken met de ouders. Er zijn verschillende opdrachten behorende bij vier leeftijdsgroepen (prenataal, baby's & peuters, schoolleeftijd en tieners). De MIM behoort als diagnostisch instrument bij de behandelmethode Theraplay®, maar wordt in de praktijk ook op zichzelf gebruikt als semi-gestructureerd observatie-instrument.

Er zijn daarnaast scoringssystemen ontwikkeld om de MIM kwantitatief te scoren (bijvoorbeeld met de Dyadic Emotional Interaction Style scoring system (D-EIS; [113]) of de MIM Rating System met 42 items die gescoord worden op een 5-puntsschaal [114], maar deze zijn nog niet in Nederland uitgegeven.

INFORMANT

Ouders en jeugdige (observatie door getrainde professional)

DOELGROEP

In het laatste trimester van de zwangerschap tot 16 jaar.

Terug naar Tabel 1

De emotionele ontwikkelingsleeftijd staat centraal in plaats van de kalenderleeftijd. Hierdoor is het instrument geschikt om te gebruiken voor jeugdigen met een LVB.

ONDERBOUWING

Er is geen systematisch onderzoek naar de MIM uitgevoerd, maar wel naar de MIM Rating Scales. Uit twee internationale onderzoeken komt naar voren dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid goed is, de interne consistentie van de scoringsschalen hoog is, maar ook dat schalen onderling vrij hoog gecorreleerd zijn. Verder blijkt de convergente validiteit van de MIM-RS met een vragenlijst over de ouder-kindgehechtheidsrelatie en de Parent-Child Difficult Interaction schaal van een Ouderlijke Stress Index vragenlijst redelijk tot goed te zijn [115] [116]. De MIM-RS blijkt in staat te zijn om verandering in de ouder-kindrelatie voor en na een behandeling m.b.v. Theraplay® vast te stellen [117].

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training

Onderdeel van Level 1 Theraplay® & MIM (basistraining van 5 dagen).
Onderdeel van Level 2 Theraplay® & MIM (3-daagse vervolgtraining tot Theraplay®Practioner (certificering na volgen cursussen plus supervisieblok)).
Trainingen te volgen via Theraplay Academie en RINO Groep Utrecht. Hierin wordt aandacht besteed aan gebruik bij vermoedens van (L)VB, ASS, ADHD.

Tijdsinvestering

Afnameduur: 30-45 minuten per ouder. Het terugkijken duurt ook 30 minuten, waarna een kwalitatief verslag geschreven kan worden. Als je het kwantitatief wil scoren, kost dat nog een half uur extra.

Normering

Niet aanwezig. Kwalitatief verslag.

Handleiding

In de MIM-NL Box zit de handleiding en kan ook los besteld worden.

Verkrijgbaarheid

De materialen om de MIM af te nemen zijn in Nederland verkrijgbaar. De handleiding biedt een overzicht hoe de MIM af te nemen en te analyseren. Alle benodigde formulieren zijn digitaal verkrijgbaar via www.detheraplayacademie.nl/mim-nl-box/

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

('s Heeren Loo, De Banjaard, Rivierduinen, Karakter, Ons Tweede Thuis)

Over het algemeen zijn er goede ervaringen met dit instrument. De MIM is onderdeel van Theraplay®, maar wordt in veel instellingen ook in de diagnostiekfase gebruikt, als één van de instrumenten om zicht te krijgen op de interactie. Je kunt geen uitspraken doen over de ouder-kindrelatie op basis van alleen de MIM, maar het maakt goed inzichtelijk waar de sterke kanten en minder sterke kanten tussen opvoeder en kind liggen. Je krijgt ook een goed beeld van eventuele onder- of overvraging: schat de ouder het kind te laag of te hoog in. Het wordt door professionals gezien als een waardevol instrument en ouder en kind vinden het leuk om te doen. Het is het favoriete onderdeel van de diagnostiek, ze hebben veel plezier. Het is een goed alternatief voor de EAS, omdat het voor die laatste lastiger is om in getraind te worden. Ouder en kind vinden de vaste structuur van de MIM prettig; er wordt van tevoren een duidelijke instructie gegeven en er is een vaste volgorde van de opdrachten.
Dit geeft ouder en kind houvast. De opdrachten zijn vrij eenvoudig en voor deze doelgroep goed uit te voeren.
Je zou eventueel de opdracht in kunnen spreken als ouders niet kunnen lezen. Het middel is ook te gebruiken bij ouders die het Nederlands niet goed beheersen, maar de kaartjes moeten dan wel even vertaald worden. Ook is er een versie waarbij de uitgeschreven opdrachten worden ondersteund met picto's.

Doordat alle ouders ongeveer dezelfde opdrachten krijgen, is het goed mogelijk om de ouder-kind interactie te beoordelen op basis van ervaring met dit instrument.

In de meeste instellingen wordt de MIM kwalitatief geanalyseerd aan de hand van de vier dimensies. In enkele instellingen wordt de kwantitatieve scoringsmethode D-EIS gebruikt [113], maar deze is nog niet officieel

Terug naar Tabel 1

uitgegeven in Nederland. Het scoren kost meer tijd, maar levert ook meer inzicht op.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

De Level 1 Training is bestemd voor universitair of HBO geschoolde (jeugd)hulpverleners die ervaren zijn in het werken met kinderen en hun ouders: (ortho)pedagogen, (kinder- & jeugd)psychologen, (consultatiebureau)artsen, psychiaters, speltherapeuten, systeemtherapeuten, maatschappelijk werkenden, pleegzorgmedewerkers, gezinsvoogden e.d. De Level 2 Training is bestemd voor jeugdhulpverleners die ervaren zijn in het werken met kinderen en hun ouders en die Level 1 Training gevolgd hebben (minimaal 4 maanden ervoor).

Naam instrument

Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised (OKIV-R) [118]

Adaptatie van de Family Assessment Measure (FAM) [119]

KORTE OMSCHRIJVING VAN INSTRUMENT

De OKIV-R is een vragenlijst waarmee de verhoudingen tussen ouders en jeugdigen in kaart gebracht kunnen worden en de kwaliteit van de opvoedingsrelatie ingeschat wordt. In de versie voor ouders (21 vragen) beoordeelt de ouder de relatie met het kind en in de versie voor jeugdigen (25 vragen) beoordeelt het kind de relatie met de ouder op een vijfpuntsschaal. De beoordeling heeft betrekking op concrete onderlinge gedragingen en gevoelens op de dimensies:

- Conflicthantering (kwaliteit in het voorkomen en oplossen van conflicten)
- Acceptatie (warmte, troost, bescherming, trots e.d.)

Met de OKIV-R onderzoekt men hoe de ouder de opvoedingsrelatie met het kind beoordeelt en omgekeerd. De beoordeling heeft betrekking op concrete onderlinge gedragingen en gevoelens. De OKIV-R kan ook worden gebruikt als effectmeting tijdens behandeling (ROM).

INFORMANT

Zowel de ouders als de jeugdige individueel.

DOELGROEP

Ouders en hun kinderen van 8-18 jaar.
In de steekproeven die gebruikt zijn om de OKIV-R te onderzoeken en normeren zijn helaas respondenten met een taalachterstand of verstandelijke beperking uitgesloten [120].

ONDERBOUWING

Er is onderzoek gedaan met de OKIV-R bij jeugdigen en hun ouders in de algemene bevolking en bij klinisch verwezen jeugdigen [118] [120] [121]. De beoordeling van de OKIV-R was in 2002 volgens de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP):

- Theoretische uitgangspunten testconstructie: goed
- Kwaliteit van testmateriaal: goed
- Kwaliteit van handleiding: goed
- Betrouwbaarheid: voldoende
- Normen: onvoldoende (verouderd)
- Begrips- en criteriumvaliditeit: onvoldoende (te weinig of geen onderzoek)

Er zijn geen onderzoeken bekend over het gebruik van de OKIV-R bij jeugdigen met een LVB.

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training
Niet nodig (en dus niet aanwezig).

Terug naar Tabel 1

Tijdsinvestering
De afnameduur voor het kind is ongeveer 30 minuten; voor de ouder ongeveer 20 minuten. De OKIV-R kan ook via BergOp ingevuld worden.

Normering
Er zijn (verouderde) normgegevens beschikbaar (algemene bevolking, klinische populatie; zie handleiding).

Handleiding
Er is een handleiding met normgegevens [118]. Afname kan alleen gedaan worden als men beschikt over de OKIV-R Handleiding.

Verkrijgbaarheid
Vragenlijsten, handleiding, scoringsleutel verkrijgbaar via uitgever (Bohn Stafleu van Loghum).

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(De Banjaard; Pluryn)
Fijne vragenlijst voor de LVB-doelgroep, de vragen zijn direct, kort en helder. Het feit dat zowel kinderen als ouders bevraagd worden en dat er twee versies beschikbaar zijn voor vader of moeder, maakt het een waardevol instrument. Biedt vooral inzicht in de dyadische structuur binnen gezinnen. De OKIV-R scores zijn gemakkelijk te interpreteren door ze te vergelijken met de normtabellen. Geeft een indruk van hoe de jeugdige tegen de interactie met de ouder aankijkt, of de ouder naar de jeugdige. Het gaat om de beleving van de persoon. Het geeft niet een objectieve maat voor de ouder-kind interactie.

Sommige cliënten met gehechtheidsproblematiek zijn (overdreven) loyaal naar ouders: er mag niks negatiefs over ze gezegd worden, er is ook geen ambivalentie, ouders worden ideaal gerepresenteerd. Of kinderen weigeren juist lijsten in te vullen die over de ouder-kindrelatie gaan. Dat zijn natuurlijk ook betekenisvolle bevindingen. En soms is het omgekeerde het geval (alles is negatief), of krijg je wel een gedifferentieerd beeld. De ervaring is dat ouders over het algemeen wel knelpunten of onzekerheid durven aan te geven. De werkgroep raadt aan om bij jeugdigen en ouders met een LVB de lijst samen met de diagnosticus door te nemen en bij onduidelijkheden uitleg te geven.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

Kennis van en ervaring met gehechtheidsproblematiek en -representaties.

Naam instrument

Working Model of the Child Interview (WMCI) [122-124]

Nederlandse vertaling [125]

KORTE OMSCHRIJVING VAN INSTRUMENT

De WMCI is een semigestructureerd interview om zicht te krijgen op het interne werkmodel (mentale representatie) dat de ouder heeft van de relatie met het kind. Het interview bestaat uit 19 hoofdvragen en verdiepingsvragen. Dit interview richt zich op de perceptie over het kind, subjectieve ervaringen met het kind, de persoonlijkheidseigenschappen van het kind en de relatie met het kind. Het interne werkmodel kan geclassificeerd worden als evenwichtig, afstandelijk, verward en sinds 2009 ook als verstoord. De WMCI is gebaseerd op het Gehechtsheidsbiografisch Interview (GBI/Adult Attachment Interview (AAI)), waarbij de ouder (terug)kijkt op de gehechtheidsrelatie met eigen moeder of vader.

Bij de formele scoring zijn 3 fases te onderscheiden:

I. Scoren m.b.v. 5-puntsschaal op 8 verschillende dimensies: 1. perceptuele rijkdom; 2. openheid tot verandering; 3. intensiteit van de betrokkenheid; 4. coherentie; 5. sensitiviteit in de zorg; 6. aanvaarding; 7. moeilijkheden bij het kind en 8. angst voor veiligheid.
II. Scoren van de mate van affectieve kleuring (plezier, trots, boosheid, teleurstelling, angst, schuld, onverschilligheid e.d.).

Terug naar Tabel 1

III. Classificatie van ouderlijke representaties: a. evenwichtig; b. afstandelijk; c. verward; optioneel d. verstoord. Die laatste classificatie is gebaseerd op de dimensies die horen bij het verstoorde oudergedrag op de AMBIANCE.

INFORMANT

Ouders

DOELGROEP

Ouders van kinderen van alle leeftijden (ook prenatale versie).
In onderzoek is de WMCI gebruikt bij ouders van 5- tot 8-jarigen met een ontwikkelingsachterstand [126]. Er is geen onderzoek bekend bij ouders met een LVB. De ontwikkelaar geeft aan dat het ook geschikt is voor ouders met een LVB, al zullen sommige vragen en concepten dan meer uitgelegd moeten worden. Sommige ouders vinden het concept 'relatie met je kind' al lastig te begrijpen (uitleg: hoe je je voelt bij elkaar, hoe jullie met elkaar omgaan).

ONDERBOUWING

Goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor zowel coderen via verbatim transcript of video-opname [127].
Een systematische review over de WMCI (n = 24 studies) uit 2012 [128] laat zien dat de WMCI convergeert met gehechtheidsclassificaties, zoals verkregen vanuit Vreemde Situatietesten. Evenwichtige representaties convergeren goed met de aanwezigheid van een veilige gehechtheidsrelatie en zijn het meest stabiel over de tijd; verwarde representaties met onveilig-ambivalente gehechtheid; verstoorde representaties met gedesorganiseerde gehechtheid [129]; en afstandelijke representaties met onveilig-vermijdende gehechtheid.
Er zijn ook relaties met het opvoedgedrag van de ouder gevonden: moeders met afstandelijke representaties blijken minder sensitief en responsief, geven minder steun en aanmoediging; moeders met verstoorde representaties laten meer atypisch oudergedrag zien (o.a. vijandig, intrusief, negatief gedrag). Er is ook een duidelijke positieve relatie tussen het construct reflectief functioneren (na kunnen denken over wat je kind mogelijk denk en voelt) en de mate van evenwichtige representaties over de relatie met het kind [128].

Er is geen onderzoek bekend bij jeugdigen met een LVB. Wel laat een onderzoek bij moeders van 5- tot 8-jarige kinderen met een ontwikkelingsachterstand een groter risico op ongebalanceerde representaties zien [126].

PRAKTISCHE BRUIKBAARHEID

Training
3-daagse training via RINO Amsterdam (door Benoit, één van de ontwikkelaars van de WMCI). Wij raden aan eerst de AMBIANCE training te volgen (ook door Benoit), aangezien veel van deze concepten terugkomen in de WMCI.

Tijdsinvestering
30-75 minuten interview plus ongeveer een uur scoren (transcript of video-opname).

Normering
Niet aanwezig. Indeling in classificaties op basis van codeersysteem na training.

Handleiding
Er is een codeerhandleiding [122]: via training te verkrijgen.

Verkrijgbaarheid
Het interview is niet bij een uitgever verkrijgbaar, maar wordt na het volgen van de cursus ontvangen.
Online Engelse versie: klik hier.

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(De Banjaard)
Het interview is een goede manier om in gesprek te komen met de ouder en het legt ook een goede basis voor de werkrelatie. Ook bij ouders met een LVB is het goed af te nemen, maar kost de afname wel meer tijd.

VEREISTE ERVARING PROFESSIONAL

GZ-psychologen, orthopedagogen-generalist, kinder- en jeugdpsychologen, klinisch psychologen, psychiaters, psychotherapeuten, artsen kunnen deze training volgen.

Bijlage 2: Ontwikkelingsanamnese gehechtheid

In deze lijst staan vragen die gaan over de ontwikkeling van uw kind op verschillende leeftijden (baby, peuter, kleuter, basisschoolleeftijd en puberteit). Het doel is om erachter te komen hoe de band tussen u en uw kind is gegroeid.

Bij het invullen kan eventueel gekeken worden in het consultatiebureauboekje, fotoboeken en naar videofilmpjes.

Naam van kind	
Geboortedatum (dag-maand-jaar)	
Datum van invullen (dag-maand-jaar)	
Ingevuld door/met ☐ Vader ☐ Moeder ☐ Anders, namelijk:	

FAMILIEGEGEVENS

Wie horen er bij uw gezin?

Zijn er jongere broertjes en zusjes in het gezin? Zo ja, hoe reageerde uw kind op de geboorte van broertjes/zusjes? Wilde het kind meer aandacht, was het jaloers of wat anders? Zo ja, hoe heeft u hierop gereageerd?

Komen er bij u, de andere biologische ouder van uw kind, bij uw familie, of de familie van de andere biologische ouder beperkingen, ziektes, psychiatrische problemen voor? (bijv. verstandelijke beperking, autismespectrumstoornis, persoonlijkheidsstoornis) Zo ja, welke en bij wie?

Heeft u of de andere ouder behandeling gehad voor lichamelijke en/of psychische klachten? Denk aan medicatie, gesprekken, opname of anders? Zo ja, wat was het effect?

Welke positieve gebeurtenissen heeft het gezin meegemaakt?

ZWANGERSCHAP

Was de zwangerschap gewenst? En was de zwangerschap gepland?

Hoe vonden u en uw (toenmalige) partner het om in verwachting te zijn?

Zijn er tijdens de zwangerschap medische problemen geweest bij u of uw kind? (Denk bijvoorbeeld aan bloedarmoede, veel braken, bloedverlies, pijn, ontstekingen, ongeval, suikerziekte, dieet, groeiachterstand van de baby, is moeder meer dan 10 kg zwaarder geworden, hoge bloeddruk, zwangerschapsvergiftiging, bedrust).
Zijn er tijdens de zwangerschap andere problemen geweest bij u of uw (toenmalige) partner? (opname, angsten of depressiviteit) Zo ja, welke?

Hoe vonden u en uw (toenmalige) partner het dat er een kindje zou komen?

Heeft u tijdens de zwangerschap gerookt, alcohol, drugs, medicatie gebruikt of energydranken gedronken?
Wat? Hoe vaak?

BEVALLING

Wie waren er bij de bevalling aanwezig? Hoe hebben u en de aanwezigen dit beleefd?

Werd uw kind op tijd geboren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, eerder dan de uitgerekende datum, namelijk _____ weken te vroeg.
- ☐ Nee, later dan de uitgerekende datum, namelijk _____ weken te laat.

Heeft u of uw kind tijdens de bevalling of erna medische problemen gehad? Zo ja, welke?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk... (beschrijf problemen)

Hoe was de lichamelijke gezondheid van uw kind direct na de geboorte?

Wanneer kon u uw kind voor het eerst vasthouden? (Hoeveel uren of dagen na bevalling?)

Moeder: Partner:

Keek uw kind u toen aan?

Moest uw kind in de couveuse? Zo ja, voor hoelang? Hoe was het contact tussen u, uw (toenmalige) partner en jullie kind? (voeden, verzorgen, aanwezig in ziekenhuis of thuis etc.)

☐ Ja. dagen

Toelichting:

Wat was uw en uw (toenmalige) partners eerste reactie op de baby?

Hoe was de lichamelijke gezondheid van u en uw (toenmalige) partner na de bevalling?

Voelden u en uw (toenmalige) partner zich betrokken bij uw kind direct na de geboorte?

☐ Ja ☐ Nee, omdat...

Waren u en uw (toenmalige) partner in de nabijheid van uw kind na de bevalling?

EERSTE TWEE LEVENSJAREN

Onderstaande vragen gaan over de eerste twee levensjaren van uw kind

Wie hebben er een rol gehad in de opvoeding van uw kind?

Hoe was het voor u om ouder te zijn?

Vanaf wanneer had u het moeder-/vadergevoel? Waaraan merkte u dat?

Wat voor verwachtingen had u als ouder van uw kind?

Had u als ouder angsten over uw kind? Zo ja, welke?

Huilde uw kind veel als baby? Zo ja, op bepaalde tijden of continu? Heeft u zelf een idee waar dit huilen mee te maken had? Hoelang heeft dit geduurd?

Hoe reageerde u als uw kind huilde? Was uw kind dan te troosten en waardoor?

Wist u het wanneer uw kind pijn, honger e.d. had en was het duidelijk wat uw kind nodig had? Zo ja, hoe wist u dat? Zo nee, wat maakte dat moeilijk?

Heeft u zich zorgen gemaakt over het voeden, de gewichtstoename of -afname? Was er sprake van strijd bij het eten?

Sliep uw kind alleen of bij de ouder(s) of broer(s)/zus(sen)?

Heeft u wel eens het gevoel gehad dat u gefaald heeft in de verzorging van uw baby?

Keek u uw baby aan als u hem/haar voedde, met hem/haar speelde etc.?
Deed u uw baby na als hij/zij een bepaald gezicht trok? (bijv. tong uitsteken)

Praatte u met uw baby zoals u met een volwassene praat, of paste u uw manier van praten aan? Hoe ging dat?

Hoe reageerde u op uw kind als het keek, luisterde, lachte, brabbelde?

Hoe zou u uw kind als baby beschrijven? (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Rustig	☐ Druk	☐ Beweeglijk
☐ Passief	☐ Onderzoekend	☐ Vrolijk
☐ Driftig	☐ Huilbaby	☐ Schrikachtig
☐ Suf	☐ Slaperig	
☐ Anders, namelijk...		

Hoe was toen de lichamelijke gezondheid van u en de andere ouder/opvoeder?

Hoe was toen de psychische gezondheid van u en de andere ouder/opvoeder?

Bent u, of is de andere ouder of een andere opvoeder toen wel eens afwezig geweest? Zo ja, hoe oud was uw kind? Hoelang duurde de afwezigheid? Wat was de reden van de afwezigheid?

CONTACT TIJDENS DE EERSTE TWEE LEVENSJAREN

Maakte uw kind oogcontact?

☐ Ja ☐ Nee

Zo nee, wat viel u op?

Keek uw kind vaak weg? (bv. draaide met het hoofdje weg)

Reageerde uw kind op uw stem?

Hoe oud was uw kind toen het ging glimlachen?

weken

Lachte uw kind terug? Zo nee, wat viel u op?

Keek uw kind u na als u de kamer door of uitliep?

Hield uw kind u in de gaten?

Hoe reageerde uw kind op babyspelletjes als kiekeboe of 'gekke bekken' trekken? Had uw kind er plezier in?

Hoe reageerde uw kind op lichamelijk contact als knuffelen en op schoot zitten? (meerdere antwoorden mogelijk):

- ☐ Afhoudend
- ☐ Hield zich stijf of juist slap
- ☐ Sloeg de armpjes om mij heen
- ☐ Anders, namelijk ...

Stak uw kind zijn/haar handjes uit of keek het u aan wanneer u kwam om hem/haar op te tillen?

Wat deed u als uw kind lichamelijk contact wilde?

Deed u graag spelletjes met uw kind?

Kon uw kind getroost worden? Zo ja, wie kon uw kind troosten?

Had uw kind een knuffel of ander voorwerp dat belangrijk voor hem was?
Bijvoorbeeld om in slaap te komen of om zichzelf te troosten?

Is uw kind eenkennig (aan 1 persoon gehecht, bang voor anderen) geweest? Zo ja, wanneer? Wat deed uw kind?
Werd het verlegen bij of bang voor anderen, werd het dan aanhankelijk aan u of de andere ouder/opvoeder?
Ging dit over zodra de ander langer in de buurt was?

Vond uw kind het moeilijk om afscheid te nemen, bijvoorbeeld toen uw kind naar de peuterspeelzaal ging of als uw kind bij een oppas moest blijven? Zo ja, wat gebeurde er dan? Was dit snel over als uw kind u niet meer zag?

PEUTER- EN KLEUTERTIJD, BASISSCHOOLLEEFTIJD EN ADOLESCENTIE

Onderstaande vragen gaan over de periode vanaf de peutertijd tot nu

CONTACT

Hoe is het contact tussen u en uw kind in deze periode? (bijv. afhoudend, aanklampend, vluchtig)

Hebt u een idee van wat uw kind bezighoudt, wat uw kind denkt en voelt?

Waren u en de andere ouder/opvoeder het eens over de opvoeding? Wanneer u het niet eens was, wat had dit dan voor invloed op uw kind?

Is er een verschil tussen het contact dat uw kind heeft met u en de andere ouder/opvoeder? Is dat altijd zo geweest of is dat ooit anders geweest?

Speelt u met uw kind? Hoe is dit voor uw kind en voor u?

Richt uw kind zich vooral op u, de andere ouder/opvoeder of andere specifieke volwassenen? Of richt het zich juist op te veel mensen?

Laat uw kind bij u ander gedrag zien dan bij de andere ouder/opvoeder? Kunt u daar een voorbeeld van geven?

Speelt uw kind u en de andere ouder/opvoeder of anderen wel eens tegen elkaar uit (bijvoorbeeld een ander wel knuffelen en u niet)?

Zijn of waren er problemen met sociale contacten? Ja /nee. Zo ja, welke?

Is u kind avontuurlijk, ontdekkend of juist niet? Ziet uw kind gevaar?

Hoe zoekt uw kind veiligheid bij u?

Wat doet u zodat uw kind nieuwe dingen ontdekt? Beschermt u het kind of stimuleert u het kind? Is er een verschil tussen wat u en de andere ouder/opvoeder doet?

Wat doet uw kind als het tussen onbekende volwassenen zit? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Afwachtend
- ☐ Verlegen
- ☐ Aanhankelijk naar de opvoeder
- ☐ Maakt makkelijk contact
- ☐ Vriendelijk
- ☐ Anders, namelijk ...

Wat doet uw kind als het op een plek is die niet bekend is? Controleert uw kind eerst uw reactie of gaat het rondlopen zonder naar u om te kijken? Als uw kind erachter komt dat het u niet meer kan zien, raakt het dan overstuur of maakt het uw kind niet zoveel uit?

Kan uw kind logeren of op kamp gaan? Heeft dit ooit grote problemen gegeven (bijv. i.v.m. angst om alleen gelaten te worden door ouders/heimwee). Zo ja kunt u hier een voorbeeld van geven?

Hoe was het voor u wanneer u en uw kind niet bij elkaar waren (als het op school was, bij familie was etc.)?
En hoe was dit voor uw kind?

Denkt u dat uw kind bereid is om mee te gaan met een vreemde? Zo ja, wat maakt dat u dat denkt?

Hoe is het contact met andere kinderen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Afhoudend
- ☐ Gaat contact niet aan/vermijdend
- ☐ Negerend
- ☐ Afstandelijk
- ☐ Nieuwsgierig
- ☐ Naar de ander toe gaan
- ☐ Bazig
- ☐ Volgend
- ☐ Anders, namelijk ...

Waren er problemen in de contacten met andere kinderen? Zo ja welke? Hoe erg was dit? Hoe vaak kwam dit voor? Hoe oud was uw kind?

Heeft uw kind vaste vriendjes en/of vriendinnetjes? Is dat altijd zo geweest of was het op een bepaalde leeftijd anders? Zo ja, wanneer was dat en hoe kwam dat?

Gaat uw kind liever om met leeftijdgenoten of kiest het juist voor oudere of jongere kinderen? Gaat uw kind liever om met kinderen van hetzelfde geslacht of juist niet? Waar heeft dat volgens u mee te maken?

Hoe vindt uw kind het om nieuwe dingen te leren? Weet u wat uw kind al wel en nog niet weet?

EMOTIE(HERKENNING)

Herkent uw kind emoties (bang, boos, verdrietig, blij) bij zichzelf? Hoe uit uw kind zijn/haar emoties?

Weet u wat uw kind gelukkig, boos, bang of verdrietig maakt? Hoe is het voor u om te weten hoe uw kind zich voelt?

Laat uw kind zien wanneer het verdrietig is? Wat doet uw kind dan? Is dat altijd zo geweest, of is dat veranderd?

Kan uw kind zichzelf wat geruststellen als het bang is?

Laat uw kind zich troosten bij pijn of verdriet of kalmeren bij boosheid? Is dit makkelijk of moeilijk?

Kan uw kind zich verplaatsen in de gevoelens van anderen? Hoe reageert uw kind op gevoelens van anderen?

Heeft uw kind de neiging om steeds naar u of de andere ouder/opvoeder te kijken om te zien hoe u of de ander zich voelt?

Is uw kind dwingend in het contact naar u als ouder(s)/opvoeders en/of anderen d.w.z. vraagt het te veel aandacht? Zo ja, heeft u een idee waar dit mee te maken heeft?

Laat uw kind het merken als het verzorgd of getroost wil worden? Hoe doet het dit? Hoe is dit voor u? Vind u dat uw kind zich te veel zorgen maakt?

Kunt u aan het gezicht van uw kind zien hoe het zich voelt?

Voelt uw kind zich schuldig of schaamt het zich?

Voelt u zich wel eens schuldig als ouder? Wat doet u als u zich zo voelt? Heeft dit schuldgevoel invloed op de relatie met uw kind? Kunt u een voorbeeld geven?

Kan uw kind echt genieten?

Lacht uw kind wel eens gemaakt (net alsof)?

PROBLEEMGEDRAG

Zijn of waren er gedragsproblemen? Zo ja, welke? Op welke leeftijd? Waardoor werd het kind bijvoorbeeld boos of agressief? Hoe vaak kwam dit voor?

Wanneer dacht u voor het eerst dat er iets met uw kind aan de hand was? Waaraan merkte u dat?

Trekt uw kind zich terug? Hoe vaak?

Houdt uw kind alles in de gaten wat er om hem/haar heen gebeurt?

Blijft uw kind steeds hetzelfde doen, ook al heeft u meerdere malen gezegd dat iets niet mag? Is uw kind gehoorzaam?

Doet uw kind dingen bij anderen die anderen onprettig vinden, zoals pesten? Zo ja, kunt u hier een voorbeeld van geven?

Gaat uw kind over zijn/haar eigen grenzen heen (bijv. eet het overmatig veel)?

Hoe is het voor u om tegen uw kind te zeggen wat het niet mag? Kunt u een voorbeeld geven?

Voelt u zich wel eens schuldig als ouder? Wat doet u als u zich zo voelt? Heeft dit schuldgevoel invloed op de relatie met uw kind? Kunt u een voorbeeld geven?

Steelt of liegt uw kind? Hoe vaak?

Hoe is de stemming van uw kind over het algemeen? (bv. opgewekt, neutraal, somber, prikkelbaar, angstig)

Heeft uw kind stemmingswisselingen?

Sociaal-emotioneel (geef in het kort aan hoe dit bij uw kind is):

Zelfvertrouwen:

Voor zichzelf opkomen:

Tegen teleurstellingen kunnen:

Kunnen delen:

Drammerig gedrag:

Samenspelen (rekening houden met de ander):

Op de beurt kunnen wachten:

Zich in kunnen houden bij boosheid:

Zich kunnen inleven in de ander:

GEZONDHEID

Is uw kind wel eens in een ziekenhuis opgenomen geweest?

Zo ja, op welke leeftijd(en)?

Hoe lang duurde de opname(n)?

Waarvoor was de opname?

Hoe heeft uw kind erop gereageerd?

Heeft uw kind ooit een ongeluk gehad (beschrijf)?

Zo ja, op welke leeftijd?

Wat waren de gevolgen?

Hoe was het voor uw kind om het ongeval mee te maken? Hoe was dat voor u en de andere ouder/opvoeder?

Hoe reageerde uw kind op de gevolgen? Hoe was dat voor u en de andere ouder/opvoeder?

VERSTANDELIJKE BEPERKING

Heeft uw kind een (lichte) verstandelijke beperking? Hoe oud was uw kind toen het een psychologisch onderzoek heeft gehad waarin o.a. een intelligentieonderzoek heeft plaatsgevonden?

Hoe was het voor u en uw kind om te weten dat uw kind een verstandelijke beperking heeft?

INGRIJPENDE GEBEURTENISSEN

Zijn er stressvolle/nare gebeurtenissen in uw gezin voorgekomen? (Meerdere antwoorden mogelijk).

- ☐ Overlijden
- ☐ Adoptie
- ☐ Pleegzorg
- ☐ Uithuisplaatsing
- ☐ Wisselende opvoeders
- ☐ Financiële problemen
- ☐ Spanningen in het gezin
- ☐ Oorlog
- ☐ Sociaal isolement
- ☐ (Dreigende) echtscheiding
- ☐ Huisvestingsproblemen
- ☐ Medische ingrepen
- ☐ Mishandeling
- ☐ Huiselijk geweld
- ☐ Seksueel misbruik
- ☐ Relatieproblemen
- ☐ Migratie
- ☐ Ziekenhuisopnames
- ☐ Anders, namelijk...

Hoe oud was uw kind toen?

Hoe heeft uw kind hierop gereageerd?

Hoe heeft u hierop gereageerd?

Bijlage 3: Beschrijving behandelingen (alfabetisch)

Terug naar Tabel 2

Naam behandeling

Attachment-Based Family Therapy (ABFT); Attachment-Focused Family Therapy/Dyadic Developmental Psychotherapy (AFFT/DDP)/ Gehechtheidsgerichte gezinstherapie 130-132

DOEL BEHANDELING

Gehechtheidsgerichte gezinstherapie is gebaseerd op de gehechtheidstheorie en heeft als doel het herstellen van een onveilig werkmodel en het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie tussen het kind en zijn of haar ouder(s).

DOELGROEP

AFFT: tot 18 jaar; ABFT: 12 tot 18 jaar.
Bij de LVB-doelgroep ook voor oudere cliënten bruikbaar.

AANPAK

AFFT/DDP therapie start met één of meer gesprekken met de ouders alleen, zodat in alle vrijheid de zorgen en gevoelens over de jeugdige en het ouderschap geuit kunnen worden en ouders zich goed kunnen voorbereiden op de gesprekken met het kind erbij (de-escalatie, emotieregulatie). Vervolgens leert de jeugdige in het bijzijn van de therapeut en ouders zijn/haar beleving en gevoelens te uiten, zodat er wederzijds begrip ontstaat, er beter geluisterd wordt en regels minder een punt van strijd zijn/worden. Het verschil met Emotion-Focused Family Therapy (EFFT; voortgekomen vanuit de EFT-beweging) is dat de jeugdige bij AFFT pas bij de sessies wordt betrokken als het veilig genoeg is, als ouders in staat zijn hun emoties te reguleren en er te zijn voor het kind, terwijl bij EFFT het hele gezin tegelijk start.

ABFT start met een gezamenlijk gesprek en voert vervolgens separate gesprekken met de adolescent en met de ouders, waarna weer samengekomen wordt.

Binnen de gehechtheidsgerichte gezinstherapie gaat de therapeut samen met ouder en kind op zoek naar de onderliggende patronen en gedachten die maken dat er binnen het gezin conflicten ontstaan. De therapie is emotie- en ervaringsgericht. De therapeut probeert steeds verbaal en non-verbaal de belevingen het kind te 'verwoorden' (emotionele/beschouwende dialoog) en zo op zoek te gaan naar steeds diepere belevingen van wantrouwen, pijn, angst, verdriet en eenzaamheid van het kind (breuken in de interactie). Beide modellen richten zich op het creëren van een relatie waarin het kind leert moeilijk hanteerbare gevoelens en gedachten te delen met de ouders, en de ouders leren om daar empathisch en responsief op te reageren (co-reguleren, corrigerende gehechtheidservaringen). Een belangrijk onderdeel is reparatie, waarbij ouders het initiatief leren nemen om breuken in de gehechtheidsrelatie te herstellen. Zo ontwikkelen zowel ouders als jeugdige een

Terug naar Tabel 2

betere emotieregulatie en wederzijds vertrouwen, ofwel een veiliger en positiever innerlijk werkmodel van zichzelf en de ander. Trefwoorden in deze therapievorm zijn veiligheid, gehechtheid, verbinding, afstemming, sensorische integratie, levensverhaal en S.A.N.E.: Speelsheid, Acceptatie, Nieuwsgierigheid en Empathie. Deze gehechtheidsgerichte gezinstherapieën bestaan uit veel oefenen en zijn ingedeeld in duidelijke stappen en fasen die een goed houvast bieden voor therapeuten, maar zonder een strak protocol.

Een nieuwere versie van gehechtheidsgerichte gezinstherapie werkt met duplo-poppetjes, volgens de methode Een taal erbij.

DUUR

Afhankelijk van de ernst van de gehechtheidsproblematiek, maar gemiddeld duurt de therapie 16 tot 26 weken.

ONDERBOUWING

Theoretisch goed onderbouwd en veelbelovende empirische aanwijzingen voor de haalbaarheid en de effectiviteit van ABFT bij voornamelijk adolescenten met depressie en suïcidale gedachten waarbij problematische gehechtheid ook een rol speelt (afname depressieve en angstsymptomen en gezinsconflicten, afname ouderlijke controle en toename stimuleren van autonomie), veelal uit gezinnen met een lage SES of uit een minderheidsgroeperingen, in o.a. een speciale uitgave over ABFT in de *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* [133-135]. Ook onderzoek bij angststoornissen. Er is geen onderzoek bekend met adolescenten met een LVB.

Een recente literatuurstudie naar de effectiviteit van DDP/AFFT bij kinderen met een reactieve hechtingsstoornis, laat zien dat er wel enige ondersteuning voor de effectiviteit van DDP is, maar dat het nog te vroeg is om de effectiviteit van DDP *'evidence-based'* te kunnen noemen en dat er meer RCT-studies nodig zijn om hier een goed uitspraak over te kunnen doen [136]. Er is geen onderzoek bekend bij jeugdigen met een LVB.

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(De Banjaard, Ambiq)

De eerste ervaringen met AFFT en ABFT bij jongeren met een LVB en hun systeem zijn positief. De ervaring is dat in de therapeutische setting er directief vanuit de therapeut gewerkt wordt met ouder en kind aan herstel van oude breuken. Dit werkt curatief. De therapeutische setting draagt ook bij aan het vergroten van de emotionele beschikbaarheid van ouders op dat moment. Bij de LVB-ouders is de ervaring dat ze niet makkelijk de transfer maken naar de dagelijkse routine met hun kind. In het hier en nu, in het dagelijks leven hebben ze het nodig dat hulpverleners blijven helpen hun kinderen te ondertitelen, zodat de kinderen in het hier en nu zich nog steeds gezien en gehoord weten.

De versie met duplo-poppetjes (volgens de methode Een taal erbij) is zeer goed toepasbaar bij ouders en jeugdigen met een LVB, omdat het weinig beroep doet op de cognitieve of talige vermogens. Door het visueel te maken, wordt de dynamiek beter inzichtelijk voor zowel de ouders als de jeugdigen, en lijkt daardoor ook beter te beklijven.

OPLEIDING EN COMPETENTIES

3-daagse training AFFT met Een Taal Erbij (werken met poppetjes) kan via de RINO-groep & een 4-daagse DDP/AFFT-training voor deelnemers met Theraplay®-achtergrond via de Theraplay academie.

4-daagse introductiecursus ABFT via Opleidingsinstituut PPO en RINO Zuid.

6-daagse cursus gehechtheidsgerichte Gezinstherapie (ABFT, DDP en EFFT) en 4-daagse DDP level II training via Stichting EFT Nederland.

Terug naar Tabel 2

Naam behandeling

Differentiatie- en Fasetherapie (D&F)

Thoomes-Vreugdenhil [137] [138]

DOEL BEHANDELING

Differentiatie- en Fasetherapie bestaat uit twee componenten: Jeugdigen die (vrijwel) geen ervaring hebben met een gehechtheidsrelatie volgen eerst Differentiatietherapie, waarna Fasetherapie kan worden toegevoegd.

Bij Differentiatietherapie richt de behandeling zich op het 'allemansvriend zijn', omdat daarin het niet hechten centraal staat. Het doel is het ontwikkelen van gehechtheidsmogelijkheden van de jeugdige en het vergroten van het zelfvertrouwen en het vertrouwen van de jeugdige in de opvoeder. Hiermee wordt de basis gelegd om een gehechtheidsrelatie te kunnen opbouwen.

Fasetherapie richt zich op het verstoorde relationele gedrag, op de nabijheid en op het negatieve zelfbeeld. Het doel van Fasetherapie is het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie.

DOELGROEP

Differentiatietherapie: jeugdigen tot ongeveer 12 jaar zonder gehechtheidsrelatie of met ernstige gehechtheidsproblemen.

Fasetherapie: jeugdigen tot ongeveer 16 jaar met ernstige gehechtheidsproblemen.

Het gedrag van deze jeugdigen wordt, naast de ambivalente wijze van contact wensen en contact weren, gekenmerkt door teruggetrokkenheid, passiviteit en lusteloosheid. Vaak zijn er uitingen van verlatenheid en teleurstelling, van angst, boosheid en wantrouwen. Deze jeugdigen spreken meestal negatief over zichzelf en er zijn weinig sociale contacten.

AANPAK

De aanpakken zijn psychotherapeutisch. In de Differentiatietherapie leert het kind differentiëren op verschillende niveaus, waaronder zintuiglijk, sensopathisch, emotioneel. Spel wordt hierbij vaak als middel gebruikt, vooral bij jonge kinderen en jeugdigen met beperkte verbale vermogens. Ook het 'samen dingen doen' staat centraal. Er wordt allereerst gewerkt aan het ontwikkelen van de gehechtheidsmogelijkheden van de jeugdige.

Pas daarna kan door middel van Fasetherapie worden gewerkt aan het verdragen van nabijheid, en zo het vergroten van het vertrouwen van de jeugdige in de ouder en het zelfvertrouwen. Bij Fasetherapie krijgen ouders de rol van co-therapeut. De behandeling vindt dan voor een deel ook plaats buiten de therapiekamer. De Fasetherapie bestaat uit 3 behandelperiodes. De eerste behandelperiode staat in het teken van het opbouwen van vertrouwen en voorbereiden van ouders (babyfase). De tweede behandelperiode staat in het teken van nabijheidsfasen (peuterfase), eerst samen met de therapeut, daarna met ouder of mentor (met terugkoppeling door de therapeut). In de laatste behandelperiode ligt het accent op de interacties en op zelfwaardering (kleuterfase). Belangrijk is het ontbreken van dwang en het voorkomen dat er regressie optreedt ('inhalen' krijgt vorm in een kort tijdbestek, slechts 10 minuten per dag).

Beide behandelvormen houden een mentaliseringsproces in, door onder andere te spiegelen en aan te sluiten bij de emoties en reacties van de jeugdige.

DUUR

Ongeveer 1,5 - 2 jaar. Voor kinderen in een residentiële setting kan het een stuk langer duren.

ONDERBOUWING

De ontwikkelaar van de therapie geeft aan dat de klinische ervaring leert dat 9 van de 10 therapieën die aangeboden worden naar tevredenheid worden afgerond [137]. Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Fase- en Differentiatietherapie. De eerste resultaten uit dit onderzoek laten zien dat er aanwijzingen zijn dat de relatie tussen kind en ouder/opvoerder (n = 15) verbetert na het doorlopen van de eerste fase, de babyfase [139]. Wanneer de rest van dit onderzoek is afgerond zal deze interventie mogelijk opnieuw ter

Terug naar Tabel 2

beoordeling worden ingediend bij de Erkenningscommissie Interventies: Deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering van het NJi. Ook zijn er 2 casestudies over Fasetherapie verschenen [140] [141].

Er is geen onderzoek bekend over de effectiviteit van Differentiatietherapie en Fasetherapie bij jeugdigen met een LVB.

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(De Banjaard, Ambiq, 's Heeren Loo)

Beide zijn ook toepasbaar bij jeugdigen met een lager cognitief niveau. De behandeling is geschikt vanaf een cognitief niveau van ongeveer 4 jaar (en is dus ook eventueel bruikbaar bij volwassenen met een MVB of EMB). Normaliter staan pubers niet erg open voor Fasetherapie, maar als het emotionele niveau veel lager ligt, dan is het wel mogelijk, mits de cliënt in staat is om heel basaal te begrijpen waarom het ingezet wordt ("dit heeft een baby/klein kind nodig, dat heb jij gemist, daarom gaan we het nu alsnog doen met het babyspel"). De ervaring is ook dat kinderen het meestal leuk vinden, maar soms ook lastig, en dat het ook voor ouders fijn kan zijn dat ze iets 'in kunnen halen' of 'over kunnen doen' (hoewel je dat eigenlijk niet zo mag zeggen).

Bij Differentiatietherapie hoeven ouders niet tijdens de sessies aanwezig te zijn. Dit kun je dus inzetten als ouder-kind therapie niet haalbaar is. Het kind gaat dan met de therapeut een veilig contact aan en leert differentiëren, beginnend met: hoe zit je in je lijf. Van daaruit verder differentiëren, bijvoorbeeld welke ranja vind je lekker. Ouders kun je eenvoudige opdrachten voor thuis meegeven, bijvoorbeeld benoemen wat het kind voelt. Differentiatietherapie sluit goed aan bij de spelvaardigheden en de emotionele en cognitieve mogelijkheden van jeugdigen met een LVB.

Aan Fasetherapie zit een zekere ondergrens qua niveau: aan de jeugdige wordt de therapie uitgelegd met behulp van een klein schema. Het schema wordt ingevuld samen met de jeugdige en meegegeven met de boodschap aan de ouder te vertellen wat besproken is. Als de jeugdige dat kan, en dat hoeft maar heel summier, kan Fasetherapie gegeven worden. Kan de jeugdige het niet of is helemaal niet talig, dan kan het niet.

Fasetherapie lijkt wat hoog gegrepen voor LVB-ouders. Mogelijk is het wel geschikt voor gemiddeld begaafde ouders (bijv. pleeg- of adoptieouders). Het vraagt veel reflectievermogen van ouders om de technieken in het dagelijks leven in te zetten. Het is belangrijk dat ook ouders goed kunnen begrijpen waarom dit gedaan wordt en dat de behandelaar een inschatting kan maken van hoe de ouder om zal gaan met de jeugdige tijdens het babyspel en of deze in staat is om voldoende op de jeugdige af te stemmen. Dit zal voor sommige ouders met een LVB een (te) moeilijke klus zijn. In dat geval kan beter gekozen worden voor een interventie als Theraplay® of OKI-B, omdat de behandelaar dan direct in de kamer werkt aan het afstemmen op het kind, je kunt voordoen en oefenen. Eventueel kan dan later alsnog Fasetherapie worden ingezet, als ouders dit ook beter geleerd hebben.

OPLEIDING EN COMPETENTIES

- Differentiatietherapie (niveau 1 = 2 dagdelen theorie + 6 dagdelen groepssupervisie en vaardigheidstraining) voor speltherapeuten, psychologen en orthopedagogen.
- Vervolgcursus Fasetherapie voor speltherapeuten (niveau 2 = 6 dagen).
- Cursus Differentiatietherapie en Fasetherapie (=2 dagdelen theorie + 6 dagdelen groepssupervisie en vaardigheidstraining). Deze cursus is bestemd voor klinisch psychologen, psychotherapeuten, psychiaters en kinder- en jeugdtherapeuten.

Alle cursussen kunnen worden gevolgd bij de ontwikkelaar, Anniek Thoomes-Vreugdenhil.

Terug naar Tabel 2

Naam behandeling

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)

Nederlands behandelprotocol Sterkenburg en Schuengel (2008) [142] [143]

DOEL BEHANDELING

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) is een psychotherapeutische interventie met als doel een klinisch relevante vermindering van ernstige gedragsproblemen (agressie, automutilatie, sterk teruggetrokken gedrag) en het voor het eerst of opnieuw opbouwen van een gehechtheidsrelatie.

DOELGROEP

ITGG is oorspronkelijk ontwikkeld voor jeugdigen vanaf 9 maanden tot 18 jaar met meervoudige problematiek: ernstige verstandelijke (en/of visuele) beperkingen (IQ 20-40; EMB) en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag, bij wie sprake is geweest van pathogene zorg en waarbij eerdere gedragstherapeutische interventies geen gewenst effect hebben gehad.

Inmiddels is er ook een ITGG-protocol uitgewerkt voor jeugdigen met een matige verstandelijke beperking (MVB) en start er binnenkort een project om deze interventie te toetsen (persoonlijke communicatie P. Sterkenburg).

Voor kinderen met een LVB tot 5 jaar blijkt ITGG in de praktijk ook goed toepasbaar. Er is nog geen ervaring met oudere kinderen met een LVB.

AANPAK

ITGG is een gefaseerde psychotherapeutische behandeling waarbij elke fase een eigen functie heeft. Er kan pas aan de volgende fase worden begonnen als aan de criteria voor iedere eerdere (sub)fase is voldaan. De eerste fase (gehechtheidstherapie) van de behandeling is gericht op het opbouwen van een gehechtheidsrelatie en is opgebouwd uit drie subfasen: 1. 'bonding - contact maken' (langzaam lichamelijk contact opbouwen, cliëntvolgend, verwoordend, troostend); 2. symbiose (therapeut leert anticiperen op gedrag van de jeugdige, bekrachtigen); en 3. stimulatie tot individuatie (stimuleren van uiten van verlangens en gevoelens, inwilligen van wensen). Aan het eind van deze fase is er een gehechtheidsrelatie tussen de jeugdige en de behandelaar opgebouwd en zal de jeugdige hulp, ondersteuning of troost zoeken bij de behandelaar.

De tweede fase is gedragstherapie en is gericht op het ontwikkelen van gewenst gedrag m.b.v. Antecedent-Behavior-Consquence (ABC) analyse. De derde fase bestaat uit generalisatie en afronding waarbij ouders en begeleiders betrokken worden (geleidelijke afbouw sessies met therapeut, advies, begeleiding en ondersteuning ouders). Aan het eind van de behandeling zoekt de jeugdige hulp, ondersteuning of troost bij de ouder of dagelijkse begeleider en kan de jeugdige weer activiteiten ondernemen en zich verder ontplooien.

DUUR

De behandeling bestaat uit drie sessies van een uur per week in de dagelijkse leefomgeving (thuissituatie of groepswoning) van de jeugdige. De behandeling duurt ongeveer 10 maanden tot 1 jaar:

- Fase 1 (gehechtheidstherapie): ongeveer 4 maanden
- Fase 2 (gedragstherapie): ongeveer 2 maanden
- Fase 3 (generalisatie): ongeveer 4-6 maanden

ONDERBOUWING

Cliënten met een EMB vertoonden na de ITGG-behandeling significant meer nabijheidzoekend gedrag en meer exploratie en minder probleemgedrag en storend gedrag [143-146]. Het oordeel van erkenningscommissie interventies van het NJi: effectief vervolgens eerste aanwijzingen. Deze interventie wordt binnenkort opnieuw beoordeeld. Er is geen onderzoek bekend bij jeugdigen met een LVB.

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

Voor kinderen met een LVB tot 5 jaar blijkt ITGG in de praktijk ook goed toepasbaar (beschrijving RINO Groep cursus - P. Sterkenburg).

Terug naar Tabel 2

Er zijn geen ervaringen mee binnen de werkgroep. ITGG is een 'zware' interventie en wordt curatief ingezet bij jeugdigen met een hechtingsstoornis en een ernstige verstandelijke beperking (en/of visuele beperkingen) bij bijvoorbeeld Bartiméus en Ons Tweede Thuis. Inmiddels is er ook een protocol voor jeugdigen met een matige verstandelijke beperking. Het is niet duidelijk of het ook toepasbaar is bij jeugdigen met een LVB.

OPLEIDING EN COMPETENTIES

De RINO Groep biedt een 3-daagse basiscursus 'Gehechtheidstherapie Integratieve behandelmethode voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking en (ernstige) gedragsproblemen' aan. Daarnaast is er de 3-daagse cursus 'Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)'. Deze is ook voor kinderen tot 5 jaar met een LVB'. Deze laatste cursus is voor GZ-psychologen, kinder- en jeugdpsychologen, orthopedagogen-generalist of voor basispsychologen en orthopedagogen die de cursus 'Diagnostiek van gehechtheidsproblemen bij kinderen en jeugdigen met een LVB' (RINO Groep) hebben afgerond.

Het theoretische en diagnostiekdeel van de training is erg goed, het behandeldeel (praktijkcursus) kan je alleen onder supervisie uitvoeren.

Aangezien er voor jeugdigen met een LVB nog geen behandelprotocol beschikbaar is, zal de inzet van ITGG bij deze doelgroep het beste onder supervisie (praktijkcursus) kunnen plaatsvinden.

Op de website van Bartiméus kan (informatie over) ITGG-materiaal worden gevonden m.b.t. de behandeling en theoretische informatie, zoals een video van Sterkenburg en IJzerman (2007).

Naam behandeling

MBT (Mentaliseren Bevorderende Therapie):
MBT-K: MBT bij Kinderen
MBT-A: MBT bij Adolescenten
MBT-O: MBT bij ouders
MBT-F: MBT met gezinnen
MBB: Mentaliseren Bevorderende Begeleiding

DOEL BEHANDELING

Het doel van Mentaliseren Bevorderende Therapie (MBT) is het vergroten van het mentaliserend vermogen en de emotieregulatie van, afhankelijk van de gekozen therapievorm, het kind, de adolescent, de ouder, het gezin of de begeleider. Het is in principe een transdiagnostische behandeling en kan goed ingezet worden bij gehechtheidsproblematiek.

Het vergroten van het mentaliserend vermogen van de ouders/de begeleiders zorgt voor een veilige(re) basis voor de jeugdige en de ouders kunnen vervolgens helpen het mentaliserend vermogen van de jeugdige te vergroten.

DOELGROEP

MBT-K: Kinderen van 5 t/m 12 jaar (basisschoolleeftijd) en hun ouders
MBT-A: Adolescenten van 14 t/m 18 jaar
MBT-O: Ouders (toevoeging bij MBT-K/A of preventief bij hoog risico ouders)
MBT-F: Gezin (toevoeging bij MBT-K/A)
MBB: Begeleiders van jeugdigen met een verstandelijke (en/of visuele) beperking (bij uit huis wonende jeugdigen met een verstandelijke beperking)

Terug naar Tabel 2

MBT-K/A is geschikt voor jeugdigen die in de eerste levensjaren te weinig (congruent) gespiegeld zijn door hun gehechtheidsfiguren, waardoor het mentaliserend vermogen niet volledig tot ontwikkeling is gekomen. Deze jeugdigen zitten vaak (met name bij oplopende spanning) in een niet-mentaliserende modus. Deze cliënten hebben vaak hardnekkige overtuigingen over zichzelf of anderen, die ze als dé waarheid zien, waardoor het werkelijke begrip en flexibiliteit ontbreken en er snel misverstanden of conflicten ontstaan in relaties. Een contra-indicatie voor MBT-K/A is dat de opvoedsituatie niet veilig is. In zo'n situatie kan een gebrekkig mentaliserend vermogen juist adaptief zijn.

AANPAK

MBT is gebaseerd op psychodynamische principes. Door middel van individuele (spel)therapie of gezinstherapie wordt het mentaliseren bevorderd bij het kind, de adolescent, de ouders of het gezin, instekend op het ontwikkelingsniveau van de jeugdige (en de overige gezinsleden). Mentaliseren of reflectief functioneren is de capaciteit om nieuwsgierig te zijn naar de gedachtes, gevoelens, behoeftes en intenties van de ander, te beseffen dat deze verschillend kunnen zijn van hoe jezelf denkt en voelt en wat de invloed van jouw gedrag op de ander is en andersom. Het is geen oplossingsgerichte behandeling, maar een procesgerichte manier van werken. Indien nodig wordt eerst gewerkt aan het vergroten van de aandachtsregulatie en emotieregulatie, voordat aan het mentaliserend vermogen gewerkt kan worden. Algemeen voor MBT geldt: de cliënt wordt gestimuleerd meer stil te staan bij de binnenkant van de ander en van zichzelf in relatie tot die ander om uiteindelijk zichzelf en de ander echt te kunnen begrijpen. De therapeut heeft een mentaliserende houding: staat zelf in contact met eigen binnenwereld in relatie tot de cliënt en probeert te verwoorden, begrijpen en navragen wat er bij de cliënt van binnen gebeurt. Belangrijk hierbij is dat de therapeut geen expert-houding heeft: hij weet immers niet wat er precies in de cliënt omgaat, maar kan daar slechts naar vragen. Therapeut is zichzelf, transparant, validerend en accepterend. In de therapie gaat het om het proces, de inhoud is ondergeschikt. De centrale vraag is: wat gebeurt er tussen ons? Bij misverstanden of opvallendheden in het contact wordt de situatie stilgezet en 'teruggespoeld', om vervolgens samen te onderzoeken wat er gebeurde bij iedereen. Specifiek voor MBT-K geldt: het is een meer geprotocolleerde behandeling met voorafgaand een diagnostiekfase en tijdens de behandeling specifieke technieken als een kalender, een coherent narratief (levensverhaal), speltherapeutische technieken en symboliek. Met behulp van spel en gesprek probeer je dat wat de jeugdige voelt, te linken aan wat hij denkt over wat er tussen hem en de ander gebeurt.

Ouders volgen vaak tegelijkertijd mentaliserende ouderbegeleiding (MBT-O). Ouders leren stil te staan bij hun eigen gevoelens en gedrag en wat dit betekent voor het contact met hun kind. Ze leren ook stil te staan bij de gevoelens en behoeften van het kind en hoe ze hier het best op af kunnen stemmen en reageren. Het ouderlijk reflectief functioneren wordt versterkt door situaties die zich in de thuissituatie hebben voorgedaan na te bespreken met de ouders en bepaalde elementen uit te vergroten. Eventueel kan dit ook 'live' tijdens gezinsgesprekken gedaan worden (MBT-F): de therapeut helpt de gezinsleden elkaars innerlijke belevingen, en de invloed daarvan op gevoelens en gedrag, te begrijpen, door steeds te benoemen wat er in het hier-en-nu gebeurt in de interactie. Juist het ruimte geven aan het bestaan van meerdere perspectieven, in combinatie met het bewust worden van verschillen in eigen en andermans belevingen, stimuleren de interesse in elkaar en geven betekenis aan bijvoorbeeld als kwetsend ervaren gedrag (zie ook [147].

Voor de (L)VB-doelgroep heeft Bartiméus MBT-K aangepast voor kinderen met een verstandelijke én visuele beperking, waarbij met name de begeleiders een mentaliserende houding aannemen [148] [149].

De cliënt wordt gestimuleerd nieuwsgierig te zijn naar de binnenwereld van zichzelf en anderen, in plaats van meteen te oordelen. De behandeling van het kind heeft het meeste effect als bij de ouder(s) gelijktijdig het mentaliserend vermogen vergroot wordt.

MBT-K: Engelstalig behandelprotocol is online vrij verkrijgbaar en in boekvorm [147] [150].

MBT-F: Engelstalig behandelprotocol is online vrij verkrijgbaar; bij ernstige problematiek wordt MBT-F toegevoegd aan een MBT-A behandeling [151].

DUUR

15 tot maximaal 36 weken/12 sessies, met indien nodig een of meer verlenging(en) van nog eens 12 sessies. Ouders volgen parallelsessies.

Terug naar Tabel 2

ONDERBOUWING

Niet erkend. Er is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van MBT-K, aangezien dit een relatief nieuwe behandelvorm is.

Voor adolescenten en volwassenen (zonder een LVB) is er voor MBT wel enig bewijs van effectiviteit, o.a. voor borderline persoonlijkheidsstoornis [152].

De Academische werkplaats Bartiméus-VU doet momenteel onderzoek naar de effectiviteit van de serious game 'Jij & Ik' [147] bij volwassenen met een LVB (doel n = 172 cliënten). Deze game is gebaseerd op MBT-principes. Het doel van deze game is om het mentaliserend en stress-regulerend vermogen te oefenen en daarmee te verbeteren met behulp van 'Mo', het hoofdkarakter in het spel, door middel van vragen naar de eigen binnenwereld (gedachten en emoties) en die van anderen gedurende het spel [153].

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

MBT-K/MBB (De Banjaard, Bartiméus, Ons Tweede Thuis)

Er is ervaring met het bevorderen van mentaliseren middels spel bij jeugdigen met een LVB in het hier-en-nu contact. Soms kom je niet verder dan de eerste niveaus (aandachtsregulatie, emotieregulatie), maar ook dat is helpend. MBT middels psychotherapie (in gesprek) is lastiger; het blijkt toch lastig te begrijpen, zelfs voor adolescenten en jongvolwassenen met een LVB. Bij deze doelgroep kun je wel mentaliseren bevorderende technieken gebruiken, maar het blijft een ingewikkeld concept. Tekenen tijdens de sessies helpt het beter te begrijpen.

Bij jeugdigen met een LVB is het o.a. door belaste *Theory of Mind* vaak lastig om verdiepend te werken, al is alles wat ondersteunend is in een mentaliserende relatie winst. De MBT-basishouding werkt in het algemeen goed bij LVB-jeugdigen met gehechtheidsproblematiek, bijvoorbeeld jezelf zijn (niet de rol van therapeut spelen), de relatie bespreekbaar maken.

MBT en MBB lijken veelbelovende interventies op dit gebied. Er is echter nog verdere ontwikkeling en onderzoek nodig (ontwikkelen aangepaste interventies, effectonderzoek). Hier wordt aan gewerkt, o.a. vanuit de AW Bartiméus-VU.

MBT-O/MBT-F (De Banjaard, Bartiméus)

De ervaring is dat veel ouders met een LVB, moeite hebben met reflectief functioneren op eerdere gebeurtenissen. Ze zijn vaak geneigd te oordelen op basis van het observeerbare gedrag en moeten steeds gestimuleerd worden achter het gedrag van hun kind te kijken naar diens onderliggende motieven, intenties en behoeftes. Het gebruik van video of 'live' hardop/expliciet mentaliseren in het hier-en-nu kan hierbij helpend zijn. MBT(-O) is goed te combineren met Theraplay®, gelijktijdig of achtereenvolgend. Ook in creatieve therapie kan MBT als kader gebruikt worden, bijvoorbeeld om met het hele gezin te investeren op herstellen van gehechtheidsrelaties.

OPLEIDING EN COMPETENTIES

Via de RINO Groep wordt een 3-daagse cursus Mentaliseren Bevorderende Begeleiding (MMB) bij jeugdigen met een verstandelijke beperking aangeboden. Dit is een door Bartiméus aangepaste vorm van MBT-K [148].
MBT Nederland biedt verschillende cursussen MTB aan:

- MBT basistraining deel I (ongeveer 3 dagen en online theorie).
- MBT basistraining deel II (2 dagen + online theorie).

En de specialistische vervolgtrainingen (o.a.):

- MBT en Adolescenten Blended Learning (1 dag).
- MBT-Family (13 lesuren).
- MBT en Trauma waar met name aandacht is voor het verband tussen gehechtheidstrauma en de ontwikkeling van diverse vormen van psychopathologie.

De RINO Groep biedt een algemene 4-daagse MBT-K basiscursus aan. Er is bij de RINO Groep ook een 3-daagse verdiepingscursus MBT-K die je na de basiscursus kan volgen. De basiscursussen zijn bedoeld voor orthopedagogen(-generalist), basis-, GZ- en Kinder- en jeugdpsychologen, psychiaters, jeugdzorgwerkers, vaktherapeuten en psychotherapeuten.

Terug naar Tabel 2

Naam behandeling

Modified Interaction Guidance (MIG) [79] [154]

Nederlandse vertaling: interventie bij gedesorganiseerde gehechtheid en trauma [155]

DOEL BEHANDELING

MIG is een kortdurende, gedragstherapeutische interventie voor kinderen met een gedesorganiseerde gehechtheid. Het doel is tweeledig: 1. atypisch oudergedrag (zoals gemeten met de AMBIANCE) verminderen en 2. sensitiviteit van de ouder vergroten. Insensitiviteit heeft vooral invloed op de georganiseerde onveilige gehechtheidsstijlen. De desorganisatie, die bij de jeugdige boven op de onveilige gehechtheidsstijl aanwezig is, wordt pas aangepakt als het verstoorde oudergedrag verdwijnt.

De interventie focust op concreet, zichtbaar gedrag en niet op de representaties van de ouder. Middels videofeedback wordt de ouder directief gewezen op atypisch en insensitief gedrag (waarbij de overige 90% van de feedback positief is).

DOELGROEP

Ouders en jeugdigen van 6 maanden tot en met 12 jaar met een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. Het gaat om ouders die duidelijk verstoord gedrag vertonen in interactie met hun kind.

AANPAK

De sessies kunnen thuis of in de instelling plaatsvinden. Elke sessie start met 5 minuten ouder-kindinteractie, die opgenomen wordt op video, waarna de therapeut meteen met de ouder de interactie gaat terugkijken. De jeugdige is de rest van de sessie in principe aanwezig, maar wordt niet actief betrokken.

Tijdens de ouder-kind interactie scoort de therapeut van achter het screen of de camera de sensitiviteit en het atypische gedrag. Dit wordt niet specifiek inhoudelijk teruggekoppeld naar de ouders, maar laat wel mooi het verloop over de sessies zien. Bij het terugkijken met de ouder wordt in de eerste sessie gefocust op een onafgestemd moment: de jeugdige kijkt ergens naar, terwijl de ouder hem/haar voor iets anders probeert te interesseren. De ouder wordt hierop gewezen, waarbij wordt uitgelegd dat door dit soort momenten de jeugdige de boodschap krijgt dat het de ouder niet interesseert wat hem of haar bezighoudt, en dat dat niet goed is voor zijn/haar zelfvertrouwen. In latere sessies wordt ook het atypische oudergedrag (dissociatie, grenzeloos gedrag, e.d.) expliciet benoemd, waarbij uitgelegd wordt dat dit te maken kan hebben met eigen onverwerkt trauma en dat dit gedrag schadelijk kan zijn voor de jeugdige. Samen met de ouder wordt een plan gemaakt hoe dit gedrag verminderd kan worden. Tijdens de bespreking wordt elke kleine vooruitgang van de ouder sterk gevalideerd en alles wat daar niet op wijst, genegeerd (leertheoretisch uitgangspunt).

Er is een duidelijk protocol van hoe elke sessie eruitziet, met bijna woordelijk de interventies van de therapeut uitgeschreven. In de eerste sessie volgt na de ouder-kind interactie het stellen en scoren van concrete (dyadische) doelen, vervolgens het terugkijken van de interactie, psycho-educatie over gehechtheid en zelfvertrouwen, *Watch Wait Wonder*-uitleg om sensitiviteit te vergroten en huiswerkopdracht bespreken. Het is de bedoeling dat de ouder thuis dagelijks aan de slag gaat met het emotioneel afstemmen op de jeugdige. De daaropvolgende sessies starten na de ouder-kind interactie met het bespreken hoe de week en het huiswerk zijn gegaan, om vervolgens verder te gaan met het scoren op de doelen, het terugkijken van de interactie, psycho-educatie en huiswerkopdrachten.

DUUR

5 wekelijkse sessies van 45 minuten plus 1-2 follow-upsessies.

ONDERBOUWING

Er is enige onderbouwing. De ontwikkelaar zelf heeft MIG vergeleken met een gedragsmodificatie-interventie, waarbij de eerste als veel effectiever naar voren kwam. Er werd een significante afname in verstoorde communicatie gevonden; 73% van de moeders uit de MIG-interventie ten opzichte van 17% van de moeders uit de gedragsmodificatiegroep scoorden na de interventie niet langer als 'verstoord'. Het is een kleine studie (n = 14/ n = 13) met een pre-post design [79].

Terug naar Tabel 2

In een andere kleine studie (n = 11) bleek na de assessment en eerste behandelsessie al een significante vermindering van atypisch gedrag op te treden en een verandering in classificatie 'verstoord' naar 'niet-verstoord' [154].

Er is geen specifiek onderzoek naar MIG bij ouders met een LVB uitgevoerd.

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(De Banjaard)

De eerste therapie moet nog starten, maar de uitleg over de therapie spreekt een moeder (met een LVB) in ieder geval aan. In persoonlijke correspondentie met De Banjaard geeft de ontwikkelaar aan dat de interventie zeer geschikt is voor ouders met een LVB, omdat het concreet en directief is. MIG is in eerste instantie ontwikkeld voor ouders uit achterstandswijken, jonge moeders en andere risicogroepen, waarbij een groot deel van de cliënten een LVB had. Er is bij de Banjaard enige ervaring opgedaan met MIG bij ouders met een LVB. Als de ouder erg onzeker/krenkbaar is (wat regelmatig gezien wordt bij ouders met LVB) is de directieve benadering niet zo passend. De kritiek wordt moeilijk verdragen; een nog positievere benadering zou in die gevallen passender zijn.

OPLEIDING EN COMPETENTIES

1-daagse cursus bij RINO Amsterdam, door Diane Benoit, ontwikkelaar. Aanbevolen wordt de training van de AMBIANCE eerst te hebben gevolgd, aangezien het atypische gedrag, zoals gemeten met de AMBIANCE, hier behandeld wordt.

Naam behandeling

Non-Violent Resistance (NVR)/Geweldloos Verzet/ Nieuwe Autoriteit/Verbindend Gezag) [156-158]

DOEL BEHANDELING

Het stoppen van negatieve of destructieve interactiepatronen tussen ouders en kind door op een geweldloze manier en actief de relatie tussen ouders en kind herstellen. Doel is te voorkomen dat de aanpak van het probleemgedrag tot escalatie leidt.

DOELGROEP

Ouders (individueel gezin of samen in groep met andere gezinnen) van jeugdigen van 4 tot 25 jaar met gedragsproblemen.

Er is een aangepaste methodiek voor ouders en/of jeugdigen met een LVB.

AANPAK

Geïnspireerd door de leer van Ghandi, gecombineerd met ideeën uit de systeemtheorie en gehechtheidstheorie, is de methodiek van Geweldloos Verzet en Waakzame Zorg door Haim Omer ontwikkeld. Om de negatieve interactiepatronen te doorbreken wordt in eerste instantie vooral gewerkt met de ouders, waarbij het niet de bedoeling is dat ouders controle over hun kind krijgen, maar waarbij het erom gaat de beschadigde gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind te herstellen. Er wordt gewerkt aan het vergoten van de aanwezigheid en betrokkenheid, het voorkomen van escalaties, het creëren van een support-netwerk en een duidelijke stellingname tegen geweld, risicovol en zelfdestructief gedrag. Door nadruk op de eigen controle van ouders te leggen, door te verduren in plaats van te vergelden, verzoening in te zetten in plaats van belonen en bestraffen van gedrag, komen er nieuwe mogelijkheden voor een positieve, hechte relatie tussen ouder en kind. Er wordt ingezet op betrouwbare aanwezigheid, waakzame zorg en standvastigheid en doorzettingsvermogen van de ouders.

Terug naar Tabel 2

Affectieve tuning, oftewel het patroon waarin ouders en kinderen zich onderling op elkaar afstemmen, is een vaste basis waarop gezinsrelaties kunnen groeien en wat alle betrokkenen een gevoel van zekerheid, stabiliteit en orde geeft. Bij gedragsafwijkingen zijn deze patronen vaak afgegleden naar negatieve, vaak ongeorganiseerde vicieuze cirkels waarin geen positieve wisselwerking meer mogelijk lijkt. In de behandeling worden principes van het Geweldloos Verzet uitgelegd, wordt ingezet op uitgestelde reacties in conflicten, het hanteren en uitspreken van verzet, het actief betrekken van een steunend netwerk (bijvoorbeeld familie, buren, school) en interventies die de relatie herstellen. Ouders die een niet-aanvallende, niet-kwetsende manier van kracht tonen, kunnen weer een veilige basis worden. (Her)intreden van waakzame zorg waarbinnen de ouders een ankerfunctie voor de kinderen zijn en vanuit deze zorgzame relatie aanwezig zijn en niet opdringend controlerend, bevordert de zelfstandigheid van het kind/de jongere. Voor een uitgebreide methodebeschrijving zie Movisie .

DUUR

Wisselend en afhankelijk van intensiteit (enkele weken-maanden).

ONDERBOUWING

Het voorlopig oordeel van de Erkenningscommissie van de Databank Effectieve Sociale interventies van Movisie is beschreven, maar nog niet beoordeeld. Er is bewijs uit onderzoek dat NVR helpt bij het verlagen van ouderlijke hulpeloosheid, het vergroten van sociale ondersteuningen en verminderde escalatie van agressie [159].
Er is Nederlands onderzoek dat laat zien dat NVR niet alleen in het gezin binnen de thuissituatie ingezet kan worden, maar ook binnen de residentiële jeugdzorg. Dit leidt tot een afname van het aantal afzonderingen en de hoeveelheid beperkende maatregelen op de groep [160].

De Banjaard (Youz), een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling voor jongeren met een LVB in Den Haag, heeft de aangepaste versie van Geweldloos Verzet voor LVB geschreven en deze is in verschillende (hand)boeken (als bijlage) opgenomen [156] [161] [162].

In hoeverre de aanpassing van NVR voor LVB in de residentiële setting ook daadwerkelijk haalbaar en nodig was, is door middel van een kwalitatief onderzoek aangetoond [163] [164].

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

NVR (De Banjaard, Ipse de Bruggen, Middin, Levvel5, Amerpoort/Pluryn)
NVR/Geweldloos Verzet wordt veel ingezet en is goed toepasbaar bij LVB. Gebruik bij voorkeur de aan LVB-ouders aangepaste module, ontwikkeld door De Banjaard/Youz. Er zijn veelal aanpassingen nodig in de aankondiging (liever kort en krachtig, eenvoudige zinnen), de sit-in (liever kort en krachtig, veilige locatie), herstelgebaren (suggesties wellicht nodig, sneller terugkomen op het ongewenste gedrag) en het oplossingsverzoek (suggesties wellicht nodig).

Deze interventie kun je goed inzetten als de ouder-kindrelatie heel negatief is en gekenmerkt wordt door straffen en ruzies. Kan goed in combinatie met (of voorafgaand aan) een andere gehechtheidsbevorderende therapie ingezet worden. De ouder leert weer aanwezig, beschikbaar en onvoorwaardelijk te zijn, wat een voorwaarde is om verder te werken aan een positieve gehechtheidsrelatie. Daarnaast wordt Verbindend Gezag ook gebruikt door medewerkers in de uitvoering (groepsleiders, gezinsbegeleiders) en maakt deze methodiek bijvoorbeeld binnen Pluryn, waar veel jeugdigen met een problematische gehechtheid worden gezien, onderdeel uit van de basismodule voor het trainen van nieuwe medewerkers. In deze opzet wordt Verbindend Gezag echter niet uniek voor gehechtheidsproblematiek ingezet.

OPLEIDING EN COMPETENTIES

De 4 x 4 uur durende training Geweldloos Verzet wordt o.a. aangeboden door individuele zorgaanbieders, zorginstellingen (o.a. De Banjaard, Pluryn) en opleidingsinstituten (o.a. RINO Amsterdam, PI Research).
Via de website van het Netwerk Geweldloos Verzet & Nieuwe Autoriteit kan je op de sociale kaart alle opleidingsmogelijkheden in het land zien.

Benodigde competenties: gezinsgerichte (systeemgerichte) visie op behandeling. Er is geen specifieke vooropleiding voor nodig en er is geen landelijke certificering of accreditatie voor de methodiek.

Terug naar Tabel 2

Naam behandeling

Ouder-Kind Interactie Bewegingsspel (OKI-B) (o.b.v. Sherborne samenspel) [165]

DOEL BEHANDELING

De behandeling richt zich op het herstellen van de band tussen ouders en jeugdige, zodat contact en opvoeding weer meer vanzelfsprekend kunnen verlopen. Doel is toename van de sensitiviteit van de ouder en toename van de responsiviteit bij de jeugdige.

DOELGROEP

Ouders en jeugdigen tot en met 8 jaar met verstoorde gehechtheid.
In de praktijk blijkt deze behandeling ook goed inzetbaar bij oudere jeugdigen met een LVB.

Bewegingspedagogiek wordt ook ingezet om de relatie tussen pedagogisch medewerkers en hun mentorkind (verder) op te bouwen.

AANPAK

OKI-B is een kortdurende behandeling bestaande uit ervaringsgerichte spelsessies van ouders en jeugdige samen. Tijdens deze spelsessies worden verschillende bewegingsspelvormen aangeboden die het contact en de relatie tussen ouders en jeugdige aanspreken. Tevens wordt er gewerkt aan het ruimte- en lichaamsbewustzijn van de jeugdige *(body mastery)*, wat o.a. zijn/haar zelfvertrouwen bevordert. Daarnaast worden er begeleidende gesprekken gevoerd met de ouders aan de hand van video-opnames die gemaakt zijn tijdens de spelsessies (Video-interactiebegeleiding (VIB)). De behandeling kent een observatiefase (2 sessies), een uitvoerende fase (6-10 sessies) en een afrondende fase (2 sessies).

Binnen OKI-B wordt veel gewerkt met relatie-spelvormen zoals ontwikkeld binnen de Sherborne bewegingspedagogiek. Binnen deze relatiespelvormen wordt o.a. geoefend met het leren overgeven aan en vertrouwen op de ander, leren samenwerken en het leren verdelen van krachten. Via deze spelvormen krijgen ouders de gelegenheid om binnen een veilige en gecontroleerde omgeving spelenderwijs te oefenen met positieve opvoedingsvaardigheden en hun sensitiviteit naar hun kind te vergroten. Ze worden daarbij direct ondersteund door de behandelaar (voorbeeldfunctie). De spelvormen sluiten aan bij de wereld van de jeugdige. Ook de jeugdige kan binnen de spelsessies positieve en plezierige ervaringen opdoen met zichzelf en met de ouder en krijgt de mogelijkheid diens responsiviteit te vergroten. Dit zijn veelal ervaringen die binnen het gezin niet of zeer moeilijk tot stand zijn gekomen of gestagneerd zijn geraakt. De jeugdige leert (weer) vertrouwen te hebben in zijn/haar ouder, wat zijn/haar zelfvertrouwen en zelfbeeld bevordert. Er is een modulebeschrijving OKI-B online (in ontwikkeling) van Jeugdhulp Friesland.

DUUR

10 -14 wekelijkse sessies van 45 minuten (ouders en kind) en 3 aparte oudergesprekken (VIB).

ONDERBOUWING

Er is een eerste pilotonderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van OKI-B, waarbij bij 25 ouders en kinderen een voor- en nameting is verricht op basis van videomateriaal en vragenlijsten (o.a. de Emotional Availability Scales (EAS)). De kinderen in dit onderzoek hadden allen een IQ boven de 80, waren tussen de 3 en 8 jaar oud (gemiddeld 5,7 jaar) en er was sprake van gehechtheids- en gedragsproblemen. Na gemiddeld 11 sessies bleek de sensitiviteit van de ouders significant toegenomen, evenals de responsiviteit van het kind. Daarnaast waren de gedragsproblemen verminderd en waren de structurering van de ouder en de betrokkenheid van het kind toegenomen [165] [166]. Een pilot met het gebruik van een interventie op basis van Sherborne bewegingspedagogiek (4 speelsessies, 2 terugkijksessies) binnen een residentiële setting voor de jeugdzorg bleek ook de afstemming tussen pedagogisch medewerkers (n = 10) en mentorkind te verbeteren. Het mentaal bewustzijn van de medewerkers was toegenomen [167]. Grootschaliger onderzoek is nodig om de bevindingen uit deze pilotstudies en die met soortgelijke behandelvormen met sensorische en motorische spelelementen te bevestigen [49] [168].

Terug naar Tabel 2

Er zijn geen onderzoeken bekend naar de effectiviteit van OKI-B en soortgelijke behandelvormen bij ouders en jeugdigen met een LVB

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(Ambiq, 's Heeren Loo)
De ervaring van psychomotorische therapeuten die werken met jeugdigen met een LVB is dat OKI-B goed toepasbaar is bij jeugdigen van verschillende leeftijden, waaronder adolescenten en jong-volwassenen. Daarnaast is de methode, vanwege de nadruk op concrete opdrachten en ervaringen, toepasbaar bij jeugdigen van verschillende niveaus, vanaf een totaal IQ van 50. De opdrachten kunnen aan de leeftijd en het ontwikkelingsniveau worden aangepast.

Praktijkervaringen wijzen uit dat ouders beter in staat zijn om hun kind te begrijpen en te ondersteunen, waardoor ook het kind als het ware mee verandert. Het terugkijken van de videobeelden werkt heel goed om bepaalde patronen eruit te lichten. De OKI-B gaat uit van drie relatievormen (zorgen voor, vechten tegen of samenwerken) die ook goed zijn uit te leggen aan ouders. Bij ouders met een LVB is het opletten hoeveel ruimte ze zelf hebben om met OKI-B aan de slag te gaan. Soms zitten ze vol met allerlei zorgen en dan is alles ingewikkeld. De therapeut begint dan eerst lichaamsgericht te werken met ouders: mag ik op jou aflopen, hoe zie ik iets terug in jouw lichaamstaal. Dit kan gecombineerd worden met mindfulness-oefeningen om eerst te komen tot ontspanning.

OKI-B is een methode waarbij je op moet passen dat je geen dingen mist in de relatie met de ouder. Jij staat als therapeut achter de camera; voelen de ouders zich wel veilig genoeg bij de therapeut om de spelletjes te doen? In de praktijk helpt het om mee te doen, samendoen en voordoen. In het moment bijsturen werkt beter dan achter de camera te blijven. Het focussen op positieve momenten, wat is er wel, zijn belangrijke succeservaringen voor ouders met een LVB.

(Sherborne en samenspel (De Banjaard/Youz))
Geen ervaring mee met specifiek de LVB-doelgroep, wel soms met lager begaafde ouders uitgevoerd. Omdat je direct met ouders in de ruimte start is het belangrijk dat je voordat je begint al een paar keer video-interactiebegeleiding hebt aangeboden op meer overzichtelijke activiteiten, zodat ze bekend zijn met ingewikkelde termen als ontvangstbevestiging en sensitieve responsiviteit. Doordat je ouders direct mee laat doen en hen direct kan bekrachtigen op wat ze al doen, kan dit ook drempelverlagend werken. Dit werkt soms beter dan eerst naar een therapeut te kijken (zoals bij Theraplay®), wat voor sommige ouders de lat misschien hoog legt. Theraplay® past dan weer beter bij ouders die moeite hebben met lichamelijke afstemming en kan sommige ouders meer structuur bieden.

OPLEIDING EN COMPETENTIES

4-daagse cursus + 4 dagen groepssupervisie (over een periode van 1 jaar). De OKI-B training wordt gegeven door Bessems en Tiel Groenestege (zie hun website of die van Coremovement). De training kan gevolgd worden door GZ- en klinisch psychologen, psychotherapeuten en andere behandelaren.

Naam behandeling

Schematherapie/Schemagerichte Cognitieve Therapie (SCT)/Schema Focused Therapy (SFT) [169] [170] Helpers en Helden (LVB) [171]

DOEL BEHANDELING

Het doel is om gehechtheidsproblematiek en de onaangepaste schema's en (nog niet uitgerijpte) persoonlijkheidseigenschappen (modi/kanten van jezelf) die daardoor ontstaan zijn, te behandelen. Schema's zijn ingesleten patronen van cognities, emoties en lichamelijke gewaarwordingen over jezelf en in relatie met

Terug naar Tabel 2

anderen op basis van eerdere ervaringen, die je interpretatie van gebeurtenissen en je gedrag beïnvloeden. Bij schematherapie is de therapeutische relatie, met name het *limited reparenting*, het belangrijkste element. De therapeut is de gezonde volwassene die vanuit een gehechtheidsrelatie met de cliënt aanvult wat deze heeft gemist en probeert de schema's te repareren (emotioneel corrigerende ervaringen). Vanuit de therapeutische relatie worden ook interventies gebruikt als empathische confrontatie en 'limit setting' (grenzen stellen).

DOELGROEP

Kinderen, jongeren en volwassenen, in een groep en/of individueel.
Ouders kunnen, indien nodig en haalbaar, ouderschematherapie volgen op het snijvlak van ouderbegeleiding en eigen therapie. Doel is om het steunsysteem te leren om eigen onvervulde behoeften te kunnen onderscheiden van die van de cliënt en te leren sensitief te zijn voor de triggers van de modi bij de jeugdige t.b.v. een betere responsiviteit. Voor volwassenen met een LVB is een geprotocolleerde groepsbehandeling ontwikkeld (Helpers en Helden).

Er is geen protocol ontwikkeld voor jeugdigen met een LVB, maar de aanpak voor kinderen en jongeren alsook de aanpak voor LVB-volwassenen kan bij deze doelgroep ingezet worden mits aangepast (zie ook AW Kajak handreiking Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een LVB en een psychische stoornis [171] [172] en het hoofdstuk 'Schematherapie bij jeugdigen met een LVB' uit het boek Toegepaste schematherapie bij kinderen en adolescenten [173]) .

AANPAK

Schematherapie/SCT is een integratieve psychotherapie waarbij cognitieve gedragstherapie gecombineerd wordt met methoden en technieken uit interpersoonlijke, experiëntiële en psychodynamische therapie [170]. Gehechtheid is in deze therapie een belangrijk thema. Het uitgangspunt is dat cliënten in hun vroege jeugd schema's en patronen ontwikkelen die hun kijk op de wereld bepalen. De blik in het hier-en-nu weerspiegelt wat mensen in hun jeugd hebben meegemaakt of juist gemist. Mensen ontwikkelen copingstrategieën om de bij het schema behorende emoties niet te ervaren. Drie onaangepaste copingmechanismen zijn overcompensatie, vermijding en overgave. Er kunnen zo ongezonde modi/kanten ontstaan, bijvoorbeeld, een razende kant, een strenge kant, een gekwetste kant, een afwerende kant en een impulsieve kant [174]. Er worden vragenlijsten ingevuld om de schema's te verduidelijken. Daarna worden wekelijks gesprekken gevoerd met een therapeut, individueel of in een groep.

Vanwege de doorgaans aanwezige conceptuele en intellectuele beperkingen kan het voor jeugdigen en ook voor (jong)volwassenen met een LVB lastig zijn om SCT te volgen. Er is echter door Forensisch Psychiatrisch Centrum De Rooyse Wissel en Trajectum de groepsbehandeling *Helpers en Helden ontwikkeld voor (jong)volwassenen met een LVB* in de forensische sector. Deze behandeling is niet alleen toepasbaar bij forensische cliënten, maar ook bij cliënten met een LVB uit de reguliere GGZ en gehandicaptenzorg. Het protocol maakt gebruik van elementen uit het Handboek Schematherapie voor kinderen en jongeren [169]: visuele hulpmiddelen (bijv. gebruik van afbeeldingen van modi, oefeningen met rasters voor bescherming, uitbeelden met kleding en attributen van modi, uitgeprinte foto's) en het betrekken van belangrijke steunsystemen. Daarnaast wordt er meer stilgestaan bij ervaringsgericht leren door middel van werkvormen uit de vaktherapie (m.n. drama en beeldend), en minder stilgestaan bij cognitieve technieken. De behandeling bestaat uit twee behandelfases waarbij de focus achtereenvolgens ligt op psycho-educatie over de kernelementen van de schematherapie en het herkennen bij jezelf, en werken met de modi om te komen tot gedragsverandering.

Online is de theoretische handleiding, het behandelprotocol, het sessieprotocol, de kaartenset, het werkboek voor deelnemers en het werkboek voor steunsystemen te vinden die in Fase 1 gebruikt worden. Fase 2 is niet geprotocolleerd, omdat de doelen en uitgangspunten sterk afhankelijk zijn van de behoeften en kanten van de cliënt.

Bij jeugdigen kan gewerkt worden volgens het Handboek Schematherapie bij kinderen en jongeren [169] en kunnen technieken worden gebruikt zoals o.a. vermeld in het hoofdstuk 'Schematherapie bij jeugdigen met een LVB' [173]. Schematherapie heeft een creatieve en speelse insteek. Kinderen die moeilijk kunnen praten over hun problemen worden via spel uitgedaagd om zo hun ervaringen te uiten. Bij jeugdigen met een LVB moet gezocht worden naar spelvormen die goed aansluiten bij de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling.

Terug naar Tabel 2

DUUR
Maximaal 2 jaar.

ONDERBOUWING
Schematherapie/SCT voor (jong)volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen (borderline persoonlijkheidsstoornis) in de reguliere GGZ is veelbelovend, maar behoeft zeker nog meer onderzoek [175]. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de behandelmethode voor jeugdigen volgens Loose en collega's [169].

Naar *Helpers en Helden* is een pilotonderzoek gedaan door de ontwikkelaars. Uit de pilot is gebleken dat het behandel- en sessieprotocol van Helpers en Helden goed uitvoerbaar was bij cliënten met een LVB en gedragsproblemen, en dat deze behandeling leidde tot het vergroten van inzicht en nieuwsgierigheid naar zichzelf. Cliënten waren bovendien enthousiast over de behandeling.

Er is ook een casusbeschrijving van een schematherapeutische benadering bij een jongere met een LVB en emotieregulatieproblemen, problemen in de identiteit en persoonlijkheidsvorming en een vermoeden van seksueel misbruik [174].

Deze benadering wordt gehanteerd binnen Almata, een instelling voor JeugdzorgPlus waar ook veel jongeren met een LVB verblijven. De centrale elementen uit schematherapie worden breed binnen een schemagerichte benadering ingezet: binnen de vormgeving van het leefgroepklimaat, bij de begeleiding op de groep, door onderwijsmedewerkers en door individuele of groeps(vak)therapeuten.

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?
Schematherapie (De Banjaard, Karakter)
Jeugdigen met een LVB begrijpen de schemavragenlijst voor jongeren en ook de terugkoppeling daarvan snappen ze over het algemeen wel. Zoals bij alle therapieën vraagt een LVB om veel herhaling tijdens het gehele therapieproces. Daarnaast vraagt het om kortere sessies en het meer inzetten van experiëntiële technieken (voelen) en veel situaties uit het dagelijks leven gebruiken om generalisatie te optimaliseren.

Helpers en Helden is een behandelprotocol voor volwassenen met een LVB, maar is ook toe te passen bij adolescenten. Vooral de platen die daarbij zitten zijn goed bruikbaar.

Expert-opinion: Odette Brand-de Wilde (klinisch psycholoog, psychotherapeut en supervisor-trainer schematherapie) en Désirée Martius (klinisch psycholoog, psychotherapeut en schematherapeut) hebben in een workshop op het Schematherapie Congres 2017 onderbouwd waarom schematherapie een passende en toegankelijke behandelvorm is voor juist de LVB-doelgroep. Hierbij is aandacht besteed aan de opbouw van de behandeling, hoe je schematherapie afstemt op de leerstijl van de cliënt met een LVB, hoe je een eventueel team van begeleiders betrekt, en de inzet van de verschillende technieken. Bijvoorbeeld hoe het bieden van extra structuur en psycho-educatie zich verhoudt tot de inzet van experiëntiële technieken en het belang van het 'het blije kind' (=Helpers en Heldenkaart).

OPLEIDING EN COMPETENTIES
Schematherapie is een complexe vorm van psychotherapie, al dan niet in combinatie met vaktherapie, die een uitgebreide training vereist om het onder de knie te krijgen, inclusief supervisie en intervisie. Jaarlijks worden er basis- en vervolgcursussen gegeven, sommige gericht op specifieke leeftijdsgroepen (bijvoorbeeld adolescenten). Via de Vereniging voor Schematherapie kan je geaccrediteerde cursussen vinden (o.a. via RINO Amsterdam, King Nascholing, RINO Groep, Arnoldi Opleidingen). Verwacht ongeveer: 25-uur basiscursus, 1 jaar supervisie en intervisie (junior); 25-uur vervolgcursus met 2 jaar supervisie en intervisie (senior).

RINO Amsterdam biedt de 1-daagse training 'Helpers en Helden. Schematherapie bij volwassenen met een laag IQ' aan. Deze cursus is bedoeld voor psychotherapeuten, vaktherapeuten en (GZ-) psychologen die een basisscholing afgerond hebben in de schematherapie.

GZ-psychologen, cognitief gedragstherapeuten, psychotherapeuten en klinisch psychologen kunnen hoofdtherapeut zijn. Een vaktherapeut kan co-therapeut zijn.

Terug naar Tabel 2

Naam behandeling

Theraplay® (TP) [111] [112]

DOEL BEHANDELING

Theraplay® is een ouder-kind speltherapie gebaseerd op de gehechtheidstheorie met als doel de relatie tussen de ouder en de jeugdige te versterken. Het gaat om de directe ervaring in het hier-en-nu, waarin ouder en kind positieve interactie ervaren en hun band groeit. De attitude van de ouder wordt gestimuleerd op één of meerdere van de volgende dimensies: 1. structuur (veiligheid, organiseren, reguleren); 2. betrokkenheid (verbinden, afstemmen, accepteren, vergroten positief affect); 3. verzorging (reguleren, veilige basis, waardigheid); en 4. uitdaging (competentie, zelfvertrouwen, ondersteunen exploratie). Respectievelijk houdt dit in dat de ouder stevig de leiding heeft, (emotioneel) afgestemd is op de jeugdige, liefdevolle (fysieke) verzorging biedt aan het kind en het kind stimuleert in de ontwikkeling zonder het te onder- of overvragen.

DOELGROEP

Theraplay® is geschikt voor ouder-kind koppels van alle leeftijden. Vooral voor kinderen van 3 t/m 12 jaar is Theraplay® goed uitvoerbaar, maar het wordt ook bij adolescenten (meestal met een lagere ontwikkelingsleeftijd) ingezet [176].

Het is niet specifiek ontwikkeld voor jeugdigen en/of ouders met een LVB, maar wel geschikt, aangezien de behandeling grotendeels non-verbaal is en geen beroep doet op cognitieve of reflectieve functies. Online zijn er lijstjes met activiteiten voor kinderen en voor adolescenten te vinden die je tijdens de sessies kan spelen.

AANPAK

Theraplay® is speels en de interactie met de jeugdige is gebaseerd op de gezonde ouder-kind relatie. De therapeut gaat in eerste instantie zelf met de jeugdige spelen, als model voor de ouder en om de jeugdige voor te bereiden om dezelfde activiteiten met de ouder te gaan uitvoeren. De ouder observeert de interactie tussen therapeut en jeugdige, waarbij direct of achteraf uitleg gegeven wordt door een co-therapeut of de therapeut zelf. Tegelijkertijd wordt de ouder gestimuleerd te mentaliseren over de jeugdige. De ouder gaat geleidelijk steeds meer meedoen aan de activiteiten en neemt daarin geleidelijk steeds meer de leiding over van de therapeut. De sessies worden opgenomen op video, zodat video-feedback gegeven kan worden aan ouders tussen de sessies door.

Elke Theraplay® behandeling start met een ouder-kind observatie volgens de Marschak Interaction Method (MIM), waarin onderzocht wordt op welke dimensies het ouder-kind koppel nog niet voldoende functioneert.

DUUR

Gemiddeld ongeveer 20-26 sessies, bij de LVB-doelgroep en complexere problemen/multiprobleemgezinnen zijn meer sessies nodig.

ONDERBOUWING

Alhoewel Theraplay® wereldwijd veel wordt gebruikt en er veel over wordt geschreven, blijkt uit een recente systematische literatuurstudie dat er slechts 6 studies bekend zijn die de effectiviteit van de behandeling hebben onderzocht [177]. Deze studies (4 case series/quasi-experimental design, 2 Randomised controlled trials (RCT) geven eerste voorzichtige aanwijzingen dat Theraplay® veelbelovend is bij o.a. sociaal-angstige kinderen en kinderen met ontwikkelingsstoornissen, waaronder LVB. Bij kinderen tot 12 jaar werden positieve effecten gevonden wat betreft sociale vaardigheden, assertiviteit en zelfvertrouwen. Bij ouders werden er verbeteringen gezien in de mate van ondersteunen, tonen van genegenheid, oogcontact en reacties op het gedrag van hun kind. Individuele Theraplay® gaf grotere effecten dan Groepstheraplay®. In een pretest-posttest studie met een controlegroep (n = 38; 6- tot 13-jarigen) naar de effectiviteit van Groepstheraplay® op school bij jeugdigen met een (L)VB bleek er een positief effect te zijn op de sociale communicatie van de leerlingen die de interventie volgden [178]. Bij de Banjaard is aangetoond dat een op Theraplay gebaseerde behandeling effectief is in het verbeteren van de ouder-kind interactie en de mentale representatie van de ouder (artikel gesubmit). In de VS is Theraplay® opgenomen in de National Registry for Evidence-based Programs and Practices door de U.S.

Terug naar Tabel 2

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). In Nederland ligt het onderzoek naar de effectiviteit en procedure ter beoordeling bij de Erkenningscommissie Interventies.

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

(De Banjaard, GGZ Rivierduinen, Kabouterhuis, Ons Tweede Thuis, 's Heeren Loo)

Goed toepasbaar bij de LVB-populatie door het non-verbale karakter; het gaat om de ervaring in het hier en nu. Aan de hand van de MIM krijg je goed zicht op in welke dimensies geïnvesteerd kan worden. De speelse manier en de opbouw van de sessies zorgen voor een goede omgeving om aan de gehechtheid te werken. De ouder krijgt beter in het vizier welke signalen de jeugdige afgeeft en de ouder kan goed leren het tempo en niveau aan te passen op de jeugdige.

Deze behandeling wordt in de praktijk gezien als passend en effectief voor de LVB-doelgroep en daar is nu enige wetenschappelijke onderbouwing voor.

Bij Ons Tweede Thuis wordt Theraplay® ingezet bij milde problematiek. Bij ernstige gehechtheidsproblemen wordt eerder Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) of video-interactiebegeleiding ingezet. Ook wordt Theraplay® ingezet als vervolg op ITGG, om het positieve contact dat is ontstaan tussen jeugdige en begeleiders verder te verstevigen.

Een contra-indicatie is dat ouders niet beschikbaar aanwezig kunnen zijn voor het kind, bijvoorbeeld door ernstige eigen psychische problematiek of verslaving. Dit komt dan ook vaak al in de inventarisatiefase (o.a. in de MIM-observatie) naar voren.

OPLEIDING EN COMPETENTIES

De Theraplay academie en de RINO Groep bieden een 5-daagse basiscursus (level 1) aan voor universitair of HBO geschoolde (jeugd)hulpverleners die ervaren zijn in het werken met kinderen en hun ouders. Daarnaast biedt de Theraplay academie een 3-daagse verdiepingscursus (level 2) aan. Verder is aanvullend supervisie verplicht om Theraplay® practitioner te worden en de behandeling Theraplay® te mogen noemen. Ten slotte is er een pilot met 1-jarige opleiding tot Theraplay®Coach (level basistraining plus supervisie).

Naam behandeling

VIPP-SD (Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline)/VIPP-LD (voor ouders met een LVB) 179-184

DOEL BEHANDELING

VIPP-SD is een op gehechtheid georiënteerde gedragsinterventie gericht op het voorkomen of verminderen van gedragsproblemen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringstrategieën.

DOELGROEP

Oorspronkelijk ontwikkeld voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 6,5 jaar (deze doelgroep is tot nu toe onderzocht). VIPP-SD lijkt ook toepasbaar te zijn bij iets oudere kinderen (7- en 8-jarigen).

VIPP-SD kan ook toegepast worden bij pleegouders, adoptieouders en professionele opvoeders in de kinderopvang.

Daarnaast is er een aanpassing op de interventie gemaakt voor ouders met een LVB/cognitieve beperking; VIPP-LD. De afkorting LD staat voor Learning Difficulties.

Terug naar Tabel 2

AANPAK

Er wordt aan doelen op ouder- en kindniveau gewerkt door middel van positieve feedback op video-opnames van interacties tussen ouder en kind. Samen met een gecertificeerde ondersteuner wordt gewerkt aan: 1. het vergroten van de observatievaardigheden van opvoeders; 2. het vergroten van de kennis van opvoeders over de opvoeding en ontwikkeling van kinderen; 3. het versterken van het vermogen van opvoeders zich in hun kind in te leven; 4. het bevorderen van adequaat opvoedgedrag in de vorm van sensitieve responsiviteit en sensitief disciplineren. Tijdens huisbezoeken bekijken de ouder en de gezinsbehandelaar de opnames, bespreekt de gezinsbehandelaar samen met de ouder de relevante fragmenten en komen verschillende suggesties en adviezen aan bod.

De VIPP-LD is een aangepaste versie van de VIPP-SD en is specifiek ontwikkeld voor ouders met een LVB. De VIPP-LD heeft o.a. kortere video-opnames, aparte huisbezoeken voor het maken van de video-opnames (7x) en gespreksbezoeken (7x) plus een afsluitend bezoek. Er wordt meer herhaald, de opnames zijn korter en het taalgebruik eenvoudiger. In beide versies van de VIPP-methode wordt gewerkt met aparte thema's: spreken namens het kind; exploratie versus gehechtheidsgedrag; sensitieve keten; en delen van emoties. Aan het eind van de behandeling ontvangt de ouder een eigen 'ontdekboek', waarin de belangrijkste ontdekkingen van de ouders worden vastgelegd door middel van foto's uit de opnames met korte teksten eronder. Ook krijgen ze een kopie van alle sessies op DVD.

DUUR

VIPP-SD: 7 huisbezoeken van ongeveer 2 uur.
VIPP-LD: 15 huisbezoeken (apart video- en feedbackhuisbezoeken).

ONDERBOUWING

De effectiviteit van de VIPP-SD is aangetoond in verschillende (inter)nationale onderzoeken en heeft de kwalificatie 'effectief volgens sterke aanwijzingen' gekregen van het NJi (klik hier voor de uitgebreide beschrijving van het NJi) [179] [180].

De VIPP-LD bleek voor ouders met een LVB goed uitvoerbaar en het proces werd door de gezinsondersteuners geëvalueerd als positief. De ondersteuners rapporteerden een significante stijging in de mate waarop makkelijk met de ouders kon worden gewerkt, van de invloed van de interventie, en in de openheid van ouders. De actieve medewerking van de ouders steeg niet significant [182-184].

De effectiviteit van VIPP-LD is onderzocht in een Randomised Controlled Trial (RCT) met voormeting, nameting en een follow-up na 3 maanden. In totaal werden 85 families verdeeld over de VIPP-LD-groep en de controlegroep *(care as usual)*. Voor de totale groep daalde de mate van ervaren opvoedstress, maar bij de ouders in de VIPP-LD-groep werd geen verbetering in opvoedgedrag aangetoond: de mate van harmonieuze ouder-kindinteractie en sensitieve disciplinering namen niet toe. Wel bleken ouders in de VIPP-LD-groep die tijdens de voormeting een lager adaptief functioneren lieten zien, meer baat te hebben bij de interventie (na afloop en bij de follow-up) dan de controlegroep [185].

WAT ZIJN DE ERVARINGEN BIJ JEUGDIGEN MET EEN LVB?

VIPP-SD (LD) (Karakter, De Banjaard)

Het is belangrijk dat de verwachtingen vooraf heel duidelijk zijn bij ouders. De nadruk wordt gelegd op positieve interacties. Veel ouders vinden dat er op deze manier te weinig aandacht is voor het probleemgedrag. Maar met goede uitleg is het mogelijk ouders te laten begrijpen dat ze positief gedrag kunnen vergroten om zo de gedragsproblemen te verminderen.

Ervaring in de praktijk leert dat VIPP-LD veel houvast geeft aan ouders met een LVB, omdat er veel met beeldmateriaal van de ouder (met een LVB) met het eigen kind gewerkt wordt en minder met taal. Ander voordeel is dat de opnames thuis gemaakt worden, waardoor transfer makkelijker plaatsvindt. Het wordt als een prettige methodiek bij (zeer) jonge kinderen ervaren. De indruk bestaat dat de interventie voor oudere kinderen, als er al sprake is van een duidelijk verstoorde gehechtheid, te licht is, maar hier is nog geen ervaring mee.

Terug naar Tabel 2

OPLEIDING EN COMPETENTIES

4-daags training via het VIPP trainings- en onderzoekscentrum, aangevuld met 5 x 4 uur supervisietraject. Handleiding noodzakelijk.

De training is bedoeld voor alle professionals die werken met gezinnen met jonge kinderen, zoals (ortho) pedagogen, psychologen, (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, sociotherapeuten, pedagogisch medewerkers, consultatiebureaumedewerkers, kinderpsychiaters, gedragswetenschappers en degenen die voor deze functies in opleiding zijn.

Om de kwaliteit van de methode te handhaven worden er verschillende niveaus onderscheiden (niveau 1 (VIPP-SD ondersteuner) tot niveau 5 (VIPP-SD trainer)) en worden er eisen gesteld aan herregistratie.

Bijlage 4: (nog) niet-opgenomen instrumenten

Genoemd in:
1 = Richtlijn problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming [5] [6]
2 = Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag [3]
3 = Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis [52]
4 = Handboek Psychiatrie en LVB [14]
5 = Gehechtheid en trauma [16]
6 = De kwaliteit van gehechtheidsrelaties in kaart brengen [53]
7 = Diagnostiek van gehechtheid in de KJP [54]
8 = Overig

Afkorting	Naam	Genoemd in	Reden
VSP/SSP	Vreemde situatie procedure/ Strange situation procedure	1, 3, 6, 7	Geen materialen/training beschikbaar. Methode wordt benoemd als: "Vooral geschikt voor wetenschappelijk onderzoek en minder voor praktijk" [1] < 7 jaar.
AQS	Attachment Q-sort [186] [187]	1, 3, 6	Geen materialen/training beschikbaar. Instrument wordt benoemd als: "Vooral geschikt voor wetenschappelijk onderzoek en minder voor praktijk" [1] < 4 jaar.
	Cassidy en Marvin system [188]	3	Materialen onvindbaar: "unpublished coding manual" < 4;5 jaar.
PAA	The Preschool Assessment of Attachment' van Crittenden [189]	3	Een intensieve tweeweekse training is nodig, alleen in het buitenland via Crittenden. Training wordt momenteel in helemaal niet aangeboden. < 4 jaar.
SAT	Separation Anxiety test [190]	3	Materiaal wordt al lang niet meer uitgegeven.
	Waargenomen hechting en sociale inhibitie [191]	3	Vragenlijst niet uitgegeven, niet verkrijgbaar.

	Waargenomen gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag [192]	3	Vragenlijst niet uitgegeven, niet verkrijgbaar.
GBI/AAI	Gehechtheidsbiografisch interview/ Adult Attachment interview [193] [194]	1, 7	10 of zelfs 18-daagse training via echtpaar Crittenden nodig (niet in NL) met bovendien instapeis van nog een voorliggende cursus.
CAI	Child Attachment Interview [195] [196]	5, 7	3-daagse training uitsluitend bij Anna Freud Center Engeland. NL-versie zou zijn gemaakt door Bosmans en Braet, 2007. Vertaling is niet te vinden.
	Kaplan Picture Response Procedure (of Protocol) [197]	5	Materialen onvindbaar. < 7 jaar.
	Gehechtheidsverhalentest, adaptatie van Cassidy's Doll Stories Completion Task [198]	5	Ongepubliceerde handleiding. < 7 jaar.
SBST	Secure Base Script Test [199] [200]	6	Materiaal en handleiding (nog) niet uitgegeven.
PIML	People in my Life vragenlijst [201] [202]/ Leuvense Vertrouwensschaal [203]	6	Niet beschikbaar; Nederlandstalige versie in ongepubliceerd manuscript.
SS	Security Scale [204-206]	6	Nog geen ervaring mee bij jeugdigen met een LVB/niet genormeerd. In het Vlaams beschikbaar en met goedkeuring van de Vlaamse auteurs recent door een werkgroeplid iets aangepast aan het taalgebruik in Nederland. In Bijlage 5 staat deze versie van de Security Scale. We horen graag over uw ervaringen met het gebruik van deze vragenlijst bij jeugdigen met een LVB (info@awkajak.nl).
RFS	Reflective functioning scale [207]	7	Handleiding is online verkrijgbaar, maar 3-daagse training in Engeland (Anna Freud Center) is vereist. Te scoren na afname van AAI of PDI, dus zeer arbeidsintensief.
PDI	Parent Development Interview [208]	1, 7	Niet te scholen in NL, wordt soms wel online vanuit Anna Freud Institute in Londen aangeboden, maar momenteel niet. < 7 jaar.
ARI-CP	Attachment Relationship Interview [209]	8	< 7 jaar.
PRFQ	Parental Reflective Functioning Questionnaire [210]	8	NL-versie online verkrijgbaar voor onderzoeksdoeleinden, maar nog niet geschikt voor klinisch gebruik (niet genormeerd).

Bijlage 5: Security Scale (vader- en moederversie)

De Security Scale [205] is een zelfrapportage-vragenlijst die bij preadolescenten (8 tot 12 jaar, maar wordt ook bij oudere kinderen gebruikt) percepties omtrent de gehechtheidsveiligheid in de relatie met hun moeder en/of hun vader (responsiviteit en beschikbaarheid) beoogt te meten. De Nederlandstalige versie is van Verschueren & Marcoen [206]. De Security Scale bevat 15 items, geformuleerd volgens de opzet van de Harterschalen, waarbij een item bestaat uit een stelling, gevolgd door twee mogelijke antwoordalternatieven. Antwoordalternatieven worden weergegeven in de vorm van: 'sommige kinderen zouden..., andere kinderen zouden...'. Preadolescenten dienen te kiezen tussen beide en vervolgens aan te geven in hoeverre dit bij hen past (helemaal waar of een beetje waar voor mij). Elk item wordt beoordeeld op een 4-punt Likert-schaal. Een hogere score reflecteert een meer veilige gehechtheidsperceptie. Voor een scorehulp voor de Security Scale: klik hier.

In een meta-analyse (k = 57 studies) bleek de Security Scale een redelijke stabiliteit te hebben (over een periode van gemiddeld 20 maanden) en te convergeren met andere maten van gehechtheid en ouderlijke sensitiviteit. Verder correspondeerde de score op de Security Scale met uitkomstmaten als: functioneren op school, emotionele en sociale competentie en mate van onaangepast gedrag [204].

We horen graag over uw bevindingen bij het gebruik van deze vragenlijst bij jeugdigen met een LVB (info@awkajak.nl).

Security Scale - Moederversie: Op welke kinderen lijk ik?

(Verschueren, K. & Marcoen A. (2002). Journal of School Psychology 40 6 501-522

We gaan je nu wat vragen over jou en jouw moeder. Als je twee moeders hebt, vertel dan over de moeder bij wie je woont.

	Helemaal waar voor mij	Een beetje waar voor mij				Een beetje waar voor mij	Helemaal waar voor mij
1	☐	☐	Sommige kinderen vinden het makkelijk om hun moeder te vertrouwen.	**MAAR**	Andere kinderen zijn er niet zeker van dat ze hun moeder kunnen vertrouwen.	☐	☐
2	☐	☐	Sommige kinderen vinden dat hun moeder zich er vaak mee bemoeit als ze iets proberen te doen.	**MAAR**	Andere kinderen vinden dat hun moeder hen de dingen zelf laat doen.	☐	☐
3	☐	☐	Sommige kinderen vinden het gemakkelijk om op hun moeder te rekenen voor hulp.	**MAAR**	Andere kinderen vinden het moeilijk om op hun moeder te rekenen	☐	☐
4	☐	☐	Sommige kinderen vinden dat hun moeder genoeg tijd heeft voor hen.	**MAAR**	Andere kinderen vinden dat hun moeder niet genoeg tijd heeft voor hen.	☐	☐
5	☐	☐	Sommige kinderen vertellen hun moeder niet graag wat ze denken of voelen.	**MAAR**	Andere kinderen vertellen wel graag aan hun moeder wat ze denken of voelen.	☐	☐
6	☐	☐	Sommige kinderen hebben hun moeder eigenlijk voor niet zoveel dingen nodig.	**MAAR**	Andere kinderen hebben hun moeder voor veel dingen nodig.	☐	☐
7	☐	☐	Sommige kinderen zouden willen dat ze meer verbonden waren met hun moeder.	**MAAR**	Andere kinderen zijn tevreden met hoezeer ze verbonden zijn met hun moeder.	☐	☐
8	☐	☐	Sommige kinderen maken zich zorgen dat hun moeder niet echt van hen houdt.	**MAAR**	Andere kinderen zijn er echt zeker van dat hun moeder van hen houdt.	☐	☐
9	☐	☐	Sommige kinderen vinden dat hun moeder hen echt begrijpt.	**MAAR**	Andere kinderen vinden dat hun moeder hen niet echt begrijpt.	☐	☐
10	☐	☐	Sommige kinderen zijn er zeker van dat hun moeder hen nooit zou achterlaten.	**MAAR**	Andere kinderen vragen zich soms af of hun moeder hen zou achterlaten.	☐	☐
11	☐	☐	Sommige kinderen zijn bang dat hun moeder er niet zou zijn wanneer ze haar nodig hebben.	**MAAR**	Andere kinderen zijn er zeker van dat hun moeder er zou zijn wanneer ze haar nodig hebben.	☐	☐
12	☐	☐	Sommige kinderen denken dat hun moeder niet naar hen luistert.	**MAAR**	Andere kinderen denken dat hun moeder wel naar hun luistert.	☐	☐
13	☐	☐	Sommige kinderen gaan naar hun moeder toe als ze ergens om moeten huilen.	**MAAR**	Andere kinderen gaan niet naar hun moeder toe als ze ergens om moeten huilen.	☐	☐
14	☐	☐	Sommige kinderen zouden willen dat hun moeder hen meer zou helpen met hun problemen.	**MAAR**	Andere kinderen vinden dat hun moeder hen genoeg helpt.	☐	☐
15	☐	☐	Sommige kinderen voelen zich beter als hun moeder in de buurt is.	**MAAR**	Andere kinderen voelen zich niet echt beter als hun moeder in de buurt is.	☐	☐

Security Scale - Vaderversie: Op welke kinderen lijk ik?

(Verschueren, K. & Marcoen A. (2002). Journal of School Psychology 40 6 501-522

We gaan je nu wat vragen over jou en jouw vader. Als je twee vaders hebt, vertel dan over de vader bij wie je woont.

	Helemaal waar voor mij	Een beetje waar voor mij				Een beetje waar voor mij	Helemaal waar voor mij
1			Sommige kinderen vinden het makkelijk om hun vader te vertrouwen.	**MAAR**	Andere kinderen zijn er niet zeker van dat ze hun vader kunnen vertrouwen.		
2			Sommige kinderen vinden dat hun vader zich er vaak mee bemoeit als ze iets proberen te doen.	**MAAR**	Andere kinderen vinden dat hun vader hen de dingen zelf laat doen.		
3			Sommige kinderen vinden het gemakkelijk om op hun vader te rekenen voor hulp.	**MAAR**	Andere kinderen vinden het moeilijk om op hun vader te rekenen		
4			Sommige kinderen vinden dat hun vader genoeg tijd heeft voor hen.	**MAAR**	Andere kinderen vinden dat hun vader niet genoeg tijd heeft voor hen.		
5			Sommige kinderen vertellen hun vader niet graag wat ze denken of voelen.	**MAAR**	Andere kinderen vertellen wel graag aan hun vader wat ze denken of voelen.		
6			Sommige kinderen hebben hun vader eigenlijk voor niet zoveel dingen nodig.	**MAAR**	Andere kinderen hebben hun vader voor veel dingen nodig.		
7			Sommige kinderen zouden willen dat ze meer verbonden waren met hun vader.	**MAAR**	Andere kinderen zijn tevreden met hoezeer ze verbonden zijn met hun vader.		
8			Sommige kinderen maken zich zorgen dat hun vader niet echt van hen houdt.	**MAAR**	Andere kinderen zijn er echt zeker van dat hun vader van hen houdt.		
9			Sommige kinderen vinden dat hun vader hen echt begrijpt.	**MAAR**	Andere kinderen vinden dat hun vader hen niet echt begrijpt.		
10			Sommige kinderen zijn er zeker van dat hun vader hen nooit zou achterlaten.	**MAAR**	Andere kinderen vragen zich soms af of hun vader hen zou achterlaten.		
11			Sommige kinderen zijn bang dat hun vader er niet zou zijn wanneer ze hem nodig hebben.	**MAAR**	Andere kinderen zijn er zeker van dat hun vader er zou zijn wanneer ze hem nodig hebben.		
12			Sommige kinderen denken dat hun vader niet naar hen luistert.	**MAAR**	Andere kinderen denken dat hun vader wel naar hun luistert.		
13			Sommige kinderen gaan naar hun vader toe als ze ergens om moeten huilen.	**MAAR**	Andere kinderen gaan niet naar hun vader toe als ze ergens om moeten huilen.		
14			Sommige kinderen zouden willen dat hun vader hen meer zou helpen met hun problemen.	**MAAR**	Andere kinderen vinden dat hun vader hen genoeg helpt.		
15			Sommige kinderen voelen zich beter als hun vader in de buurt is.	**MAAR**	Andere kinderen voelen zich niet echt beter als hun vader in de buurt is.		

7. Literatuur

1 Zeanah CH, Chesher T, Boris NW, Walter HJ, Bukstein OG, Bellonci C, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2016;55(11):990-1003.

2 Boris NW, Zeanah CH. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2005;44(11):1206-19.

3 Dekker-Van der Sande F, Janssen C. Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag. 'Best practice' voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking. Den Haag: Lemma; 2010.

4 Giltaij H, Sterkenburg P, Schuengel C. Gehechtheidsstoornissen. In: Didden R, Troost P, Moonen X, Groen W, editors. Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: De Tijdstroom; 2016. p. 550.

5 de Wolff M, Dekker-van der Sande F, Sterkenburg P, Thoomes-Vreugdenhil A. Richtlijn Problematische gehechtheid. Leiden: TNO Child Health; 2014.

6 de Wolff M, Wildeman I. Richtlijn Problematische gehechtheid. Leiden: TNO Child Health; 2020.

7 Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. Infant Mental Health Journal. 2005;26(3):191-216.

8 Schuengel C, de Schipper JC, Sterkenburg PS, Kef S. Attachment, intellectual disabilities and mental health: research, assessment and intervention. Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID. 2013;26(1):34-46.

9 APA. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association.; 2014.

10 Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachment disorders and disorganized attachment: Similar and different. Attachment & Human Development. 2003;5(3):313-20.

11 Rahim M. Developmental trauma disorder: an attachment-based perspective. Clinical child psychology and psychiatry. 2014;19(4):548-60.

12 van Kregten C, Knipschild R, Mevissen L, Kaatee M, van Nieuwenhuizen M, Prins P, et al. Tijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking. Een handreiking voor behandelaren en begeleiders. Utrecht: de Academische Werkplaats Kajak; 2020.

13 Stor P, Storsbergen H. Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het herkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.; 2006.

14 Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Didden R, Troost P, Moonen X, Groen W, editors. Utrecht: De Tijdstroom; 2016.

15 Gomez K, Brown VA. Vulnerability, Risk, Protective Factors, and the Quality of Child-Parent Attachment in Foster and Adoptive Families. Illinois Child Welfare. 2007;3:67-78.

16 van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Gehechtheid en trauma. Amsterdam: Hogrefe.; 2010.

17 Kalthoff H. Hechting en hechtingsproblemen. Risico- en beschermende factoren Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2017.

18 Van Rooijen K. Hechting en hechtingsproblemen. Risico- en beschermende factoren Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2021.

19 Zoon M, Van Rooijen K, Foolen N. Wat werkt voor licht verstandelijk beperkte ouders? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2019.

20 Douma J, de Jong A, Looij J, Stremmelaar B. Handreiking Begeleiden van ouders met een licht verstandelijke beperking en multiproblematiek. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB en Amerpoort; 2017.

21 Didden R. In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke handicap. Houten: Bohn Stafleu Van Lochum.; 2006.

22 Upadhyaya S, Chudal R, Luntamo T, Sinkkonen J, Hinkka-Yli-Salomäki S, Kaneko H, et al. Parental Risk Factors among Children with Reactive Attachment Disorder Referred to Specialized Services: A Nationwide Population-Based Study. Child Psychiatry & Human Development. 2019;50(4):546-56.

23 Giltaij HP, Sterkenburg PS, Schuengel C. Psychiatric diagnostic screening of social maladaptive behaviour in children with mild intellectual disability: differentiating disordered attachment and pervasive developmental disorder behaviour. Journal of Intellectual Disability Research. 2015;59(2):138-49.

24 Giltaij HP, Sterkenburg PS, Schuengel C. Convergence between observations and interviews in clinical diagnosis of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2017;22(4):603-19.

25 Rutgers AH, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, van Berckelaer-Onnes IA. Autism and attachment: a meta-analytic review. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2004;45(6):1123-34.

26 Schuengel C, Kef S, Hodes MW, Meppelder M. Parents with intellectual disability. Current Opinion in Psychology. 2017;15:50-4.

27 De Schipper JC, Schuengel C. Attachment behaviour towards support staff in young people with intellectual disabilities: associations with challenging behaviour. Journal of Intellectual Disability Research. 2010;54(7):584-96.

28 Schuengel C, Janssen CGC. People with Mental Retardation and Psychopathology: Stress, Affect Regulation and Attachment: A Review. International Review of Research in Mental Retardation. 32: Academic Press; 2006. p. 229-60.

29 Janssen C, Schuengel C. Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: Aanzetten voor interventie. In: Didden R, editor. In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006. p. 67-83.

30 Green J, Goldwyn R. Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2002;43(7):835-46.

31 Stalker K, McArthur K. Child abuse, child protection and disabled children: a review of recent research. Child Abuse Review. 2012;21(1):24-40.

32 De Jong A, Stremmelaar B, Looij J. Goed genoeg opvoederschap. Handreiking voor ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking. Baarn: Amerpoort; 2014.

33 Teague SJ, Newman LK, Tonge BJ, Gray KM. Attachment and child behaviour and emotional problems in autism spectrum disorder with intellectual disability. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2020;33(3):475-87.

34 Hong M, Moon DS, Chang H, Lee SY, Cho SW, Lee KS, et al. Incidence and Comorbidity of Reactive Attachment Disorder: Based on National Health Insurance Claims Data, 2010-2012 in Korea. Psychiatry investigation. 2018;15(2):118-23.

35 Jozefiak T, Kayed NS, Rimehaug T, Wormdal AK, Brubakk AM, Wichstrøm L. Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. European Child & Adolescent Psychiatry. 2016;25(1):33-47.

36 Smyke AT, Zeanah CH. Disturbances of Attachment Interview. New Orleans, LA: Tulane University School of Medicine, Department of Psychiatry; 1999.

37 Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH. Comparing criteria for attachment disorders: establishing reliability and validity in high-risk samples. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004;43(5):568-77.

38 Van Rooijen K. Hechting en hechtingsproblemen. Risico- en beschermende factoren. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2021.

39 J. B. Attachment and Loss: Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books; 1982.

40 Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. New York: Basic Books; 1978.

41 Clarke GS, Scharff DE. Fairbairn and the object relations tradition. Clarke GS, Scharff DE, editors. London: Karnac; 2014.

42 Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. Psychotherapy. 2014;51(3):372-80.

43 Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to problems which affect the mother-infant relations. La Psychiatrie de L'enfant. 1983;26(1):57-98.

44 Govaerts JM. Hechtingsproblemen in gezinnen: Integratie van de hechtingstheorie binnen het systeemtherapeutische model Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007.

45 Rogers C. Client-centered therapy: its current practice, implications and theory. New edition. Londen: Little, Brown Book Group; 2003.

46 Johnson, M. S. Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples: Perfect partners In: Obegi JH, Berant E, editors. Attachment theory and research in clinical work with adults. New York City: The Guilford Press; 2009. p. 410-33.

47 Mikulincer, M., Shaver PR. Mental Representations of Attachment Security: Theoretical Foundation for a Positive Social Psychology. In: Baldwin MW, editor. Interpersonal cognition. New York: Guilford Press 2005. p. 233–66.

48 Naber F. Vroege gehechtheid en de ontwikkeling van het sociale brein. Neuropraxis. 2019;23:129-38.

49 Vinke AJGD. Gehechtheid in de behandelkamer. GZ-Psychologie : Tijdschrift over gezondheidszorgpsychologie. 2013;5(3):10-7.

50 Douma J, Moonen X, Noordhoff L, Ponsioen A. Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB. Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB; 2012.

51 de Wit M. Richtlijn effectieve interventies LVB: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. 2e druk.. ed. Moonen X, Douma J, editors. Utrecht: Utrecht : Landelijk Kenniscentrum LVG; 2012.

52 Stor P, Storsbergen H. Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het herkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV; 2006.

53 Braet C, Bosmans G. De kwaliteit van gehechtheidsrelaties in kaart brengen. Vertaling van een onderzoekstraditie naar de klinische praktijk. Gedragstherapie. 2016;1:17-37.

54 van Hoof MJ. Diagnostiek van gehechtheid in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2017;59(9):546-53.

55 Seitz JA. A Cognitive-perceptual analysis of projective tests used with children. Perceptual and Motor Skills. 2001;93(6):505.

56 Bosch JD. Het diagnostisch interview met ouders, kinderen en adolescenten: intake en anamnesegesprekken. In: Tak JA, Bosch JD, Begeer SM, Albrecht G, editors. Handboek Psychodiagnostiek voor de Hulpverlening aan Kinderen en Adolescenten. Utrecht: De Tijdstroom; 2014. p. 147-96.

57 Bartelink C, Van Rooijen K, Van As A. Jeugd met problematische gehechtheid. Wat Werkt? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2021.

58 Osofsky JDa. Treating infants and young children impacted by trauma : interventions that promote healthy development. Joy D. Osofsky, Phillip T. Stepka, and Lucy S. King. Stepka PTa, King LSa, editors: Washington, DC : American Psychological Association; 2017.

59 Bartelink C, Verheijden E. Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2015.

60 Douma JCH. Een praktijk-theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. LVB Onderzoek & Praktijk. 2011;1:30-40.

61 Douma JCH. Handreiking Pedagogisch Klimaat. Een praktijk-theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: VOBC/LKC LVB; 2012.

62 Hornain K, Meijer I. Hou me vast maar raak me niet aan. Verstandelijke beperking, hechtingsproblematiek en ernstig probleemgedrag. Een handreiking voor begeleiders. Barnhard I, editor. Aalsmeer: Ons Tweede Thuis; 2011.

63 Meij H. De basis van opvoeding en ontwikkeling. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2011.

64 de Lange M, Addink A, Haspels M, Geurts E. Richtlijn residentiële jeugdhulp. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2017.

65 Powell B, Cooper G, Hoffman K, Marvin B. De Cirkel van Veiligheid - Interventie (oorspronkelijke titel: The Circle of Security Intervention - Enhancing attachment in early parent-child relationships). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds; 2016.

66 van 't Hof C. De boom met de korte wortels. Een verhaal over hechtingsproblemen: 's Heeren Loo; 2020.

67 Scheres M. Hoe Lizzy over hechting leerde. Maastricht: Monique Scheres; 2017.

68 Schweitzer C, Wesselman D, Armstrong S. Integratief opvoeden. Stratgieën voor de opvoeding van kinderen met gehechtheidstrauma. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2021.

69 Rosenboom M. Alles over LVB, de handleiding. Handleiding voor hulpverleners voor het geven van psycho-educatie; voorlichting over een licht verstandelijke beperking aan jeugdigen met deze beperking en hun ouders (Masterscriptie). Breda: Idris, Amarant Groep; 2013.

70 Gravestein T, Peters L, Peters M, Roeterink T, Scholten T, van Vilsteren M, et al. Psychomotorische therapie (PMT) voor jeugdigen (6 tot 18 jaar) met een licht verstandelijke beperking (LVB) gericht op het tot stand brengen en/of het bevorderen van de gehechtheidsrelatie tussen de jeugdige en diensgehechtheidspersoon. Databank vaktherapie; 2018.

71 Polderman N, Kellaert-Knol MG. Handleiding Attachment Insecurity Screening Inventory 6–12 jaar (AISI 6–12 jaar). Haarlem: Basic Trust; 2012.

72 Spruit A, Wissink I, Noom MJ, Colonnesi C, Polderman N, Willems L, et al. Internal structure and reliability of the Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI) for children age 6 to 12. BMC Psychiatry. 2018;18(1).

73 Wissink IB, Colonnesi C, Stams GJJM, Hoeve M, Asscher JJ, Noom MJ, et al. Validity and reliability of the Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI) 2-5 years. Child Indicators Research. 2015;9(2):533-50.

74 Bronfman E, Madigan S, Lyons-Ruth K. Disrupted Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE): Manual for coding disrupted affective communication (2nd ed.). 2009-2014.

75 Haltigan JD, Madigan S, Bronfman E, Bailey HN, Borland-Kerr C, Mills-Koonce R, et al. Refining the assessment of disrupted maternal communication: Using item response models to identify central indicators of disrupted behavior. Development and psychopathology. 2019;31(1):261-77.

76 Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting context, and pathways to disorder. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (3rd ed). New York: Guilford Press; 2016. p. 667–95.

77 Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: a review and meta-analysis of a transmission gap. Attachment & human development. 2006;8(2):89-111.

78 Goldberg S, Benoit D, Blokland K, Madigan S. Atypical maternal behavior, maternal representations, and infant disorganized attachment. Development and psychopathology. 2003;15(2):239-57.

79 Benoit D, Madigan S, Lecce S, Shea B, Goldberg S. Atypical maternal behavior toward feeding-disordered infants before and after intervention. Infant Mental Health Journal. 2001;22(6):611-26.

80 Bretherton I, Ridgeway D, Cassidy J. Assessing internal working models of attachment relationships: An attachment story completion task for 3-year-olds. In: Greenberg MT, Cicchetti K, Cummings EM, editors. Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention. Chicago: University of Chicago; 1990. p. 273-308.

81 Bretherton I, Oppeneheim D, Buchsbaum H, Emde R. The MacArthur Story Stem Battery. Madison, WI: Department of Human Development and Family Studies, University of Wisconsin-Madison; 1996.

82 Bretherton I, Oppenheim D. The MacArthur Story Stem Battery: Development, Administration, Reliability, Validity, and Reflections about Meaning. In: Emde RN, Wolf DP, Oppenheim D, editors. Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives. Oxford: Oxford University Press; 2003.

83 Bretherton I, Ridgeway D. Story completion task to assess children's internal working models of child and parent in the attachment relationship. In: Greenberg M, Cicchetti D, Cummings EM, editors. Attachment in the preschool years. Chichago, IL: University of Chicago Press; 1990. p. 300-5.

84 Verschueren K, Marcoen A, Schoefs V. The Internal Working Model of the Self, Attachment, and Competence in Five-Year-Olds. Child Development. 1996;67(5):2493-511.

85 Lemstra A, Collot d'Escury-Koenigs A. De Attachment Story Completion Task: Gehechtheidsrepresentaties van kinderen met een LVB. LVB Onderzoek & Praktijk. 2019;17(1):6-16.

86 Zevalkink J. Het meten van gehechtheidsrepresentaties bij basisschoolleerlingen. Kind en adolescent. 2005;26(4):161-70.

87 Giltaij HP, Schuengel C, Sterkenburg PS. Disordered social behavior in children with (mild) intellectual disability: Diagnostic distinctions between autism and disordered attachment. Journal of Intellectual Disability Research. 2012;56(7-8):680.

88 Gleason MM, Fox NA, Drury S, Smyke A, Egger HL, Nelson CA, et al. Validity of Evidence-Derived Criteria for Reactive Attachment Disorder: Indiscriminately Social/Disinhibited and Emotionally Withdrawn/Inhibited Types. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2011;50(3):216-31.e3.

89 Smyke AT, Dumitrescu A, Zeanah CH. Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2002;41(8):972-82.

90 Scheper FY, Groot CRM, Vries ALC, Doreleijers TAH, Jansen LMC, Schuengel C. Course of disinhibited social engagement behavior in clinically referred home-reared preschool children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2019;60(5):555-65.

91 Jonkman CS, Oosterman M, Schuengel C, Bolle EA, Boer F, Lindauer RJL. Disturbances in attachment: inhibited and disinhibited symptoms in foster children. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2014;8(1):21.

92 Smyke AT, Zeanah CH, Gleason MM, Drury SS, Fox NA, Nelson CA, et al. A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. Amercian Journal of Psychiatry. 2012;169(5):508-14.

93 Humphreys KL, Nelson CA, Fox NA, Zeanah CH. Signs of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder at age 12 years: Effects of institutional care history and high-quality foster care. Development and psychopathology. 2017;29(2):675-84.

94 Vervoort E, De Schipper JC, Bosmans G, Verschueren K. Screening symptoms of reactive attachment disorder: evidence for measurement invariance and convergent validity. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2013;22(3):256-65.

95 Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E. Attachment in institutionalized and community children in Romania. Child development. 2005;76(5):1015.

96 Schechter DS, Willheim E. Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2009;18(3):665-86.

97 Oosterman M, Schuengel C. Attachment in foster children associated with caregivers' sensitivity and behavioral problems. Infant Mental Health Journal. 2008;29(6):609-23.

98 Biringen Z, Robinson J. Emotional availability in mother-child interactions: a reconceptualization for research. American Journal of Orthopsychiatry. 1991;61(2):258-71.

99 Biringen Z, Robinson JL, Emde RN. The Emotional Availability scale (3rd ed.). Fort Collins: Colorado State University; 1998.

100 Biringen Z, Robinson JL, Emde RN. Appendix A: the emotional availability scales (2nd ed.; an abridged infancy/Early Childhood version). Attachment & Human Development. 2000;2(2):251-70.

101 Biringen Z. Emotional availability scales manual, 4th edition. Conceptualization and research findings. American Journal of Orthopsychiatry. 2008;70:104-14.

102 Boon MJM, van der Wiel T. Ontwikkeling van een ondersteuningsprogramma voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en gehechtheidsproblematie. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen. 2015;41:29-39.

103 Vliegen N. Observatieschalen voor emotionele beschikbaarheid. Tijdschrift voor Psychotherapie. 2005;31(1):3-16.

104 Biringen Z, Fidler DJ, Barrett KC, Kubicek L. Applying the Emotional Availability Scales to children with disabilities. Infant Ment Health Journal. 2005;26(4):369-91.

105 Biringen Z, Easterbrooks MA. Emotional availability: concept, research, and window on developmental psychopathology. Development and Psychopathology. 2012;24(1):1-8.

106 Brenning K, Soenens B, Braet C, Bosmans G. An adaptation of the Experiences in Close Relationships Scale-Revised for use with children and adolescents. Journal of Social and Personal Relationships. 2011;28(8):1048-72.

107 Buysse A, Dewitte M. Dutch translation of Experiences in Close Relationships Scale-Revised. 2004.

108 Sibley CG, Fischer R, Liu JH. Reliability and validity of the revised experiences in close relationships (ECR-R) self-report measure of adult romantic attachment. Personality & social psychology bulletin. 2005;31(11):1524-36.

109 Zeanah CH, Mammen OK, Lieberman AF. Disorders of attachment. In: Zeanah CH, editor. Handbook of infant mental health. New York: Guilford Press; 1993. p. 332-9.

110 Booth PB, Christensen G, Lindaman S. Marschak Interaction Method (MIM) Manual and Cards (Revised). Evanston, IL: The Theraplay Institute; 2011.

111 Booth PB, Jernberg AM. Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play. New York: John Wiley & Sons; 2009.

112 Booth P, Jernberg A. Theraplay, gehechtheid tussen ouders en kinderen verstevigen door spel. Amsterdam: Hogrefe.; 2010.

113 Salo S, Mäkelä J. Dyadic Emotional Interaction Style Scoring, D-EIS. Unpublished Manuscript. 2018.

114 O'Connor KJ, Ammen SA, Backman TL, Hitchcock DL. The Marschak Interaction Method Rating System. Unpublished instrument. 2001.

115 Siu AFY, Yuen EYH. Using the Marschak Interaction Method Rating System for Chinese families: Relationship between parent-child interaction pattern and child's social behavior. International Journal of Play Therapy. 2010;19(4):209-21.

116 Hitchcock DL, Ammen S, O'Connor K, Backman TL. Validating the Marschak Interaction Method Rating System With Adolescent Mother-Child Dyads. International Journal of Play Therapy. 2008;17(1):24-38.

117 Bojanowski JJ, Ammen S. Discriminating between pre- versus post-theraplay treatment Marschak interaction methods using the Marschak interaction method rating system. International Journal of Play Therapy. 2011;20(1):1-11.

118 Lange A. De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised, OKIV-R. Verantwoording en Handleiding. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000.

119 Skinner HA, Steinhauer PD, Santa-Barbara J. The Family Assessment Measure. Canadian Journal of Community Mental Health. 1983;2:91-105.

120 Lange A, Evers A, Jansen H. De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised (OKIV-R). Systeemtherapie. 2000;4:213-30.

121 Lange A, Wiers R, Blonk R. Constructie, validatie en beschrijving van de Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised. Systeemtherapie. 1998;4:253-73.

122 Zeanah CH, Benoit D, Barton ML, Hirshberg L. Working Model of the Child Interview coding manual. 1996.

123 Benoit D, Zeanah CH, Parker KCH, Nicholson E, Coolbear J. Working model of the child interview: Infant clinical status related to maternal perceptions. Infant Mental Health Journal. 1997;18(1):107-21.

124 Zeanah CH, Benoit D. Working Model of the Child Interview (WMCI). 1995.

125 van Bakel H. The Working Model of the Child Interview-modified Dutch version. Tilburg: Tilburg University; 2011.

126 Hutchinson MC. Attachment representations in mothers of young children with developmental delay: Relations with concurrent and later maternal depression. Waterloo, Canada: Wilfrid Laurier University; 2006.

127 Rosenblum KL, Zeanah C, McDonough S, Muzik M. Video-taped coding of working model of the child interviews: a viable and useful alternative to verbatim transcripts? Infant Behavior and Development. 2004;27(4):544-9.

128 Vreeswijk CMJM, Maas AJBM, van Bakel HJA. Parental representations: A systematic review of the working model of the child interview. Infant Mental Health Journal. 2012;33(3):314-28.

129 Niccols A, Smith A, Benoit D. The Working Model of the Child Interview: stability of the disrupted classification in a community intervention sample. Infant Mental Health Journal. 2015;36(4):388-98.

130 Hughes D. Werkboek hechtingsgerichte gezinstherapie. Vertaling: J.F.H. Kuiper. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2018.

131 Diamond GS, Diamond GM, Levy SA. Attachment-based family therapy for depressed adolescents. Washington, DC: American Psychological Association; 2014. p. 282.

132 Hughes D. Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP): An Attachment-focused Family Treatment for Developmental Trauma. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. 2017;38(4):595-605.

133 Diamond GS, Wagner I, Levy SA. Attachment-Based Family Therapy in Australia: Introduction to a Special Issue. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. 2016;37(2):143-53.

134 Diamond G, Russon J, Levy S. Attachment-Based Family Therapy: A Review of the Empirical Support. Family Process. 2016;55(3):595-610.

135 Diamond GM. Attachment-based family therapy interventions. Psychotherapy (Chicago, Ill). 2014;51(1):15-9.

136 Vasiliki A. The effectiveness of Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP) and Attachment Biobehavioural Catch up (ABC) for children experiencing early maltreatment or disruptions in care: Literature Review of RCT studies. Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health [Internet]. 2020; 4(1):[41-9 pp.].

137 Thoomes-Vreugdenhil A. Behandeling van problematische gehechtheid. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.

138 Thoomes-Vreugdenhil A. Hechtingsproblemen bij kinderen. Amsterdam: Lannoo Campus; 2019.

139 Putman M, Giltaij H, van Gool A. Effectiviteit van fasetherapie als behandeling van problematische gehechtheid bij kinderen van 4 tot 12 jaar. Tijdschrift Kinder- & Jeugdpsychotherapie. 2020(1).

140 Putman M, Schaeffer- van Leeuwen K. Fasetherapie bij een 9-jarig meisje. Tijdschrift Kinder- & Jeugdpsychotherapie. 2020(1).

141 de Vries J. Behandeling van een kind met problematische gehechtheid. Adoptie magazine. 2015(2):8-10.

142 Sterkenburg PS, Schuengel C. Behandelprotocol integratieve therapie gehechtheid en gedrag. In: Braet C, Bögels S, editors. Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Amsterdam: Boom; 2008. p. 409-24.

143 Sterkenburg PS. Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag. In: De Bruijn J, Twint B, editors. Handboek Verstandelijke Beperking: vijfentwintig succesvolle methoden Amsterdam: Boom; 2019. p. 298-304.

144 Sterkenburg P, Schuengel C, Janssen C. Developing a therapeutic relationship with a blind client with a severe intellectual disability and persistent challenging behaviour. Disability and rehabilitation. 2008;30(17):1318-27.

145 Sterkenburg PS, Janssen CGC, Schuengel C. The Effect of an Attachment-Based Behaviour Therapy for Children with Visual and Severe Intellectual Disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2008;21(2):126-35.

146 Schuengel C, Sterkenburg PS, Jeczynski P, Janssen CGC, Jongbloed G. Supporting affect regulation in children with multiple disabilities during psychotherapy: A multiple case design study of therapeutic attachment. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2009;77(2):291-301.

147 Midgley N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg N, Muller N. Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach. Washington, DC: American Psychological Association; 2017.

148 Dekker F, Sterkenburg P. Mentaliseren kan je leren: Introductie in Mentaliseren Bevorderende begeleiding (MBB) Doorn: Bartiméus reeks; 2015.

149 Dekker - van der Sande F, Sterkenburg PS. Mentalisieren ist erlernbar: Einführung in die mentalisierungsbasierte Unterstützung. In: Sappok T, editor. Psychische gesundheit bei intellektueller entwicklungsstörung: ein lehrbuch für die praxis. Stuttgart: Psychische gesundheit bei intellektueller entwicklungsstörung: ein lehrbuch für die praxis; 2018. p. 440-8.

150 Verheugt-Pleiter JE, Schmeets MGJ, Zevalkink J. Mentaliseren in de kindertherapie. Leidraad voor de praktijk. Assen: Van Gorcum; 2010.

151 Bales D, Elfring M, Hutsebaut J. De behandeling van gezinnen met jongeren met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Tijdschrift voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie. 2013(1).

152 Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment. Psychoanalytic Inquiry. 2013;33(6):595-613.

153 Suzanne D, Suze van W, Mirjam W, Carlo S, Paula SS. Effectiveness of the serious game 'You & I' in changing mentalizing abilities of adults with mild to borderline intellectual disabilities: a parallel superiority randomized controlled trial. Trials [Internet]. 2019; 20(1):[1-10 pp.].

154 Madigan S, Hawkins E, Goldberg S, Benoit D. Reduction of disrupted caregiver behavior using modified interaction guidance. Infant mental health journal. 2006;27(5):509.

155 van der Boon N, van Bakel H. Modified interaction guidance (MIG): interventie bij gedesorganiseerde gehechtheid en trauma. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.

156 Omer H. Geweldloos verzet in gezinnen. Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelfdestructief gedrag van kinderen en adolescenten. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2007.

157 Omer H, Lebowitz ER. Nonviolent Resistance: Helping Caregivers Reduce Problematic Behaviors in Children and Adolescents. Journal of Marital and Family Therapy. 2016;42(4):688-700.

158 Rodenburg L, Breugen H, de Tempe J. Ik laat je niet los. Een gestructureerde methodiek voor 'nieuwe autoriteit' Haim Omer. Systeemtherapie. 2010(3):148-218.

159 Weinblatt U, Omer H. Nonviolent resistance: a treatment for parents of children with acute behavior problems. Journal of marital and family therapy. 2008;34(1):75-92.

160 van Gink K, van Domburgh L, Jansen L, Goddard N, Ottenbros R, van Der Stegen B, et al. The Development and Implementation of Non-Violent Resistance in Child and Adolescent Residential Settings. Residential Treatment for Children & Youth. 2020;37(3):176-98.

161 Van Vliet CLM, Dekker KC, Van Klink ICM, Van Nus W. Handleiding voor gezinnen met kinderen en/of ouders met een verstandelijke beperking. In: Omer H, Wiebenga E, editors. Geweldloos Verzet: Handleiding voor Ouders Bohn Stafleu van Loghum; 2015.

162 Haspels M, Visser KM, Van Gink K, van der Stegen B, Goddard N, Ottenbros R. Geweldloos verzet in (semi-)residentiële setting, een aanpak van agressief en destructief gedrag van jeugdigen voor teams met speciale aandacht voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Amsterdam: De Bascule; 2017.

163 Visser KM, van Gink K, Popma A, Vermeiren RRJM, Kasius MC, van Vliet CLM, et al. Adapting Non-Violent Resistance for Juveniles with a Mild Intellectual Disability in the Residential Setting: A Qualitative Study (in press). 2020.

164 Visser KM, Van Vliet CLM. Geweldloos verzet in de residentiële setting - een aanpassing voor jeugdigen met een LVB. LVB Onderzoek & Praktijk. 2020(1):6-14.

165 Bessems R. Ouder Kind Interactie Bewegingsspel (OKI-B). Een kortdurende behandeling voor hechtingsproblemen bij jonge kinderen. Kinder- & Jeugdpsychotherapie. 2013;40(4).

166 Bessems R, Boseker G. Bewegingsspel hecht. Vakblad Vroeg. 2017(1):4-5.

167 Rokosch C, Van Domburgh L. Helen door samenspel : Pilotstudy naar de vergroting van sensitiviteit van pedagogisch medewerkers. Kind & Adolescent Praktijk. 2019;18(2):26-32.

168 Weston C. Becoming bonded through Developmental Movement Play: review of a parent and child movement group incorporating the theory, practice and philosophy of Sherborne Developmental Movement. Body, Movement and Dance in Psychotherapy. 2012;7(4):245-62.

169 Schematherapie met kinderen en jongeren. Loose CG, P., Zarbock G, editors: Nieuwezijds; 2015.

170 Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. Journal of clinical psychology. 2006;62(4):445-58.

171 Keulen-de Vos M, Frijters K, Haga TJ, Lansink L, Strijbos N, Vries dE, et al. Helpers en Helden: Theorie Handleiding, Schemagerichte Therapie bij forensische cliënten met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg; 2016. 1-79 p.

172 van den Hazel T, Didden R. Persoonlijkheidsstoornissen. In: Didden R, Troost P, Moonen X, Groen W, editors. Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: De Tijdstroom; 2016. p. 199-213.

173 van der Sanden P, Keulen-deVos M, Frijters K. Schematherapie bij jeugdigen met een LVB. In: Roelofs J, van Wijk-Herbrink M, Boots M, editors. Toegepaste schematherapie bij kinderen en adolescenten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2020. p. 145-60.

174 Konings S, van der Sanden P. Streng, afwerend of toch gezond? Tijdschrift voor vaktherapie. 2018(2):30-4.

175 Arntz A. Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Gedragstherapie. 2016(3):194-207.

176 Robison M, Doyle-Buckwalter K, Ryan M, Lindaman SL, Clemmons MP. "I deserve a family": The evolution of an adolescent's behavior and beliefs about himself and others when treated with theraplay in residential care. Child and Adolescent Social Work Journal. 2009;26(4):291-306.

177 Money R, Wilde S, Dawson D. Review: The effectiveness of Theraplay® for children under 12 - a systematic literature review. Child and adolescent mental health. 2020.

178 Siu AFY. Effectiveness of Group Theraplay® on enhancing social skills among children with developmental disabilities. International Journal of Play Therapy. 2014;23(4):187-203.

179 Juffer F, Struis E, Werner C, Bakermans-Kranenburg MJ. Effective preventive interventions to support parents of young children: Illustrations from the Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD). Journal of Prevention & Intervention in the Community. 2017;45(3):202-14.

180 Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. Video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive disciple: Development and meta-analytic evidence for its effectiveness. In: Steele H, Steele M, editors. Handbook of attachment-based interventions. New York: Guilford Publications; 2018. p. 1-26.

181 Hodes MW, Kef S, Meppelder HM, Schuengel C. The effect of VIPP-LD intervention with parents with intellectual disabilities on their children's behaviour. Journal of Intellectual Disability Research. 2012;56(7-8):743.

182 Hodes MW, Kef S, Meppelder HM, Schuengel C. VIPP-LD: A promising Video Feedback intervention program for parents with ID. Journal of Intellectual Disability Research. 2012;56(7-8):746.

183 Hodes MW, Meppelder HM, Schuengel C, Kef S. Tailoring a video-feedback intervention for sensitive discipline to parents with intellectual disabilities: a process evaluation. Attachment & Human Development. 2014;16(4):387-401.

184 Hodes MW, Meppelder M, Kef S, Schuengel C. Working with a video-feedback intervention (VIPP-LD): How can parents with intellectual disabilities benefit from it? Journal of Intellectual Disability Research. 2016;60(7-8):683.

185 Hodes MW, Meppelder M, Moor M, Kef S, Schuengel C. Effects of video-feedback intervention on harmonious parent-child interaction and sensitive discipline of parents with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. Child: Care, Health and Development. 2018;44(2):304-11.

186 Waters E. Attachment Behavior Q-set (Revision 3.0). Unpublished instrument. 1987.

187 Rosalinda C, Marinus HVI, Laura DO. Attachment and play in child care centres: Reliability and validity of the attachment Q-sort for mothers and professional caregivers in Italy. International Journal of Behavioral Development. 2000;24(2):241-55.

188 Cassidy J, Marvin RS, & the MacArthur Attachment Working Group. Attachment Organization in Preschool Children: Procedures and Coding Manual. 1992.

189 Crittenden PM. Quality of attachment in the preschool years. Development and Psychopathology. 1992;4(2):209-41.

190 Hansburg G. Separation disorders: A manual for the clinical interpretation of the Separation Anxiety Test (Adolescent separation anxiety). New York: Robert E. Krieger; 1980. 198 p.

191 Wijnroks L, van Vliet P, van Laar E, de Vries M. Waargenomen onveiligheid en sociale inhibitie. 2000.

192 Wijnroks L, van Vliet P, van Laar E, de Vries M. Waargenomen gedesorganiseerd gehechtheidgedrag. 2000.

193 van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, van Busschbach A, Lambermon MWE, van Rijsoort SN, de Ruiter C, et al. Het Gehechtheidsbiografisch interview. Nederlandse vertaling en bewerking van het Adult Attachment Interview. 1991.

194 van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Het GehechtheidsBiografisch Interview. Psychopraktijk. 2011;3(1):31-4.

195 Shmueli-Goetz Y. Child Attachment Interview: Development and validation. Unpublished doctoral dissertation. 2001.

196 Shmueli-Goetz Y, Target M, Fonagy P, Datta A. The Child Attachment Interview: a psychometric study of reliability and discriminant validity. Developmental psychology. 2008;44(4):939-56.

197 Kaplan N. Individual differences in six-year-olds' thoughts about separation: Predicted from attachments to mother at one year of age. Inpublisched doctoral dissertation. 1987.

198 Verschueren K, Marcoen A. Test met GehechtheidsVerhalen. Classificatiesysteem. Aanpassing van de Doll Stories Completion Task van Cassidy (1986) voor gebruik bij 4,5 tot 6-jarigen. 1994.

199 Elia P, Adela A. Measuring scripted attachment-related knowledge in middle childhood: the Secure Base Script Test. Attachment & Human Development. 2014;16(1):22-41.

200 Waters TEA, Bosmans G, Vandevivere E, Dujardin A, Waters HS. Secure Base Representations in Middle Childhood across Two Western Cultures: Associations with Parental Attachment Representations and Maternal Reports of Behavior Problems. Developmental Psychology. 2015;51(8):1013-25.

201 Cook ET, Greenberg MT, Kusche CA. People In My Life: Attachment relationships in middle childhood. Paper presented at the Society for Research in Child Development. Indianapolis, IN. 1995.

202 Ridenour T, Greenberg M, Cook E. Structure and validity of people in my life: A self-report measure of attachment in late childhood. Journal of Youth and Adolescence. 2006;35(6):1037-53.

203 De Winter S, Waters E, Bosmans G. De Leuvense Vertouwensschaal. 2015.

204 Brumariu LE, Madigan S, Giuseppone KR, Movahed Abtahi M, Kerns KA. The Security Scale as a measure of attachment: meta-analytic evidence of validity. Attachment & Human Development. 2018;20(6):600-25.

205 Kerns KA, Klepac L, Cole A. Peer Relationships and Preadolescents' Perceptions of Security in the Child-Mother Relationship. Developmental Psychology. 1996;32(3):457-66.

206 Verschueren K, Marcoen A. Perceptions of Self and Relationship with Parents in Aggressive and Nonaggressive Rejected Children. Journal of School Psychology. 2002;40(6):501-22.

207 Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. London: University College London; 1998.

208 Slade A, Aber JL, Bresgi I, Berger B, Kaplan M. The Parent Development Interview-Revised. Unpublished protocol. 2004.

209 Spruit A, Colonnesi C, Uittenbogaard R, Willems L, Wissing I, Noom M. Handleiding Attachment Relationship Inventory - Caregiver Perception 2-5 years (ARI-CP 2-5). Amsterdam: UvA & Basis Trust 2019.

210 Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P, Eapen V. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. PLOS ONE. 2017;12(5):e0176218.

Kajak

ACADEMISCHE WERKPLAATS

Churchilllaan 11
3527GV Utrecht
030 7400 400
www.academischewerkplaatskajak.nl
info@awkajak.nl