



Nederlands
Jeugdinstituut



Jeugdigen met een problematische gehechtheid

Wat werkt?

© 2018 **Nederlands Jeugdinstituut** Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteurs

Cora Bartelink
Karen van Rooijen
Anneke van As

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47
Postbus 19221
3501 DE Utrecht
Telefoon 030 - 230 63 44
Website www.nji.nl
E-mail info@nji.nl

Inhoudsopgave

Inleiding	5
1 Werkzame elementen	6
2 Het begrip gehechtheid	7
3 Preventieve interventies	8
3.1 Verhogen sensitiviteit en bevorderen van veilige gehechtheid	9
3.1.1 <i>Specifieke doelgroepen</i>	11
3.2 Voorkomen en verminderen gedesorganiseerde gehechtheid	12
4 Behandeling van een hechtingsstoornis	14
4.1 Effectiviteit van interventies	14
4.2 Handvatten voor de behandeling	15
5 Interventies in Nederland	17
5.1 Effectieve interventies.....	17
5.1.1 <i>VIPP-SD</i>	17
5.1.2 <i>Ouder-baby interventie</i>	18
5.1.3 <i>VoorZorg</i>	18
5.1.4 <i>Basic Trustmethode</i>	19
5.1.5 <i>PCIT</i>	19
5.1.6 <i>ITGG</i>	20
5.2 Goed onderbouwde interventies	20
5.2.1 <i>Gordon-cursus</i>	20
5.2.2 <i>Kortdurende video-hometraining</i>	20
5.2.3 <i>Nika</i>	21
5.2.4 <i>Pleegouder-Pleegkind Interventie</i>	21
5.2.5 <i>Shantala Babymassage Individueel</i>	21
6 Conclusie	22
7 Literatuur	23



Inleiding

Kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie ontwikkelen zich beter dan kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie. Zo laat onderzoek zien dat een goede hechting met ouders of andere primaire opvoeders in de eerste levensjaren essentieel is voor een voorspoedige sociaal-emotionele, taal- en cognitieve ontwikkeling van het kind.

Onderzoek naar de preventie en behandeling van een problematische gehechtheid wijst uit dat het bieden van een veilige en stabiele omgeving, met aanwezigheid van een emotioneel beschikbare hechtingsfiguur die gebruikt maakt van sensitief opvoedgedrag, van groot belang is.

Dit document biedt een uitgebreid overzicht van wat er op dit moment bekend is over effectieve werkwijzen bij de preventie en behandeling van hechtingsproblemen bij jeugdigen. Daarbij is gebruikt gemaakt van verschillende reviews, meta-analyses, richtlijnen en rapporten (o.a. Bakermans-Kranenburg et al., 2003 en 2005; Doughty et al., 2007; Zeanah et al., 2015 en 2016; Barlow et al., 2016; Wright et al., 2017; Facompre et al., 2018 en Gezondheidsraad, 2018).

Dit document maakt deel uit van het dossier 'Hechting' dat is in te zien op <https://www.nji.nl/hechting>. Onder het kopje '[Interventies](#)' in dit dossier is meer informatie te vinden over Nederlandse interventies die door een onafhankelijke erkenningscommissie zijn beoordeeld en erkend als 'goed onderbouwd' of 'effectief' bij jeugdigen met hechtingsproblemen.



1 Werkzame elementen

Nationale en internationale reviews en meta-analyses geven aanwijzingen voor werkzame elementen binnen de preventie en behandeling van een problematische gehechtheid. Hieronder volgt een opsomming van belangrijke aandachtspunten.

Het voorkomen en verminderen van hechtingsproblemen

- Voor het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie zijn drie basale voorwaarden te onderscheiden:
 - sensitief reageren op het kind;
 - continuïteit in de aanwezigheid van de gehechtheidspersoon;
 - het vermogen van de ouder/verzorger om te kunnen mentaliseren of reflecteren.
- In preventieve interventies leren ouders om hun eigen gedrag ten opzichte van het kind te verbeteren: in het eerste jaar wordt daarbij vooral aandacht geschonken aan sensitief opvoedgedrag. Na het eerste jaar leren ouders vaak ook manieren om hun kind adequaat te disciplineren.
- Zulke preventieve interventies zijn in staat om de sensitiviteit van ouders te verhogen en daarmee de gehechtheidsrelatie te verbeteren (zowel bij de algemene bevolking als bij risicogezinnen). Ook zijn er aanwijzingen dat preventieve interventies effectief kunnen worden ingezet bij het voorkomen en verminderen van gedesorganiseerde gehechtheid.
- Preventieve interventies lijken vooral effectief als zij starten als het kind ouder is dan 6 maanden en als zij gebruik maken van videofeedback.
- De meeste studies laten zien dat kortdurende interventies (minder dan 16 sessies) effectiever zijn dan - of even effectief zijn als - langdurige interventies. Dit resultaat is echter niet eenduidig.

Behandeling van hechtingsstoornissen

- Er is nog zeer weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies voor kinderen met een reactieve hechtingsstoornis (RHS) en kinderen met een ontremd-sociaalcontactstoornis (OSCS).
- De belangrijkste interventie voor kinderen met een hechtingsstoornis is dat zij een emotioneel beschikbare hechtingsfiguur krijgen, waarmee zij positieve interacties kunnen aangaan. Dit kan alleen als het kind zeker is van een veilige en stabiele plek.
- Uit het beperkte onderzoek blijkt dat vrijwel alle kinderen met een RHS positief reageren op een verbeterde opvoedsituatie, terwijl dit slechts geldt voor sommige kinderen met een OSCS. Meer onderzoek is nodig om te bepalen welke aanvullende interventies – voor kinderen met RHS maar vooral voor kinderen met OSCS – ingezet moeten worden.
- Kinderen die naast een hechtingsstoornis ook agressief en oppositioneel gedrag vertonen (komt vaak samen voor met OSCS), hebben hiervoor extra behandeling nodig.

Niet effectief

- Bewezen niet effectief en zelf gevaarlijk zijn interventies die gehechtheid willen bewerkstelligen door:
 - dwang;
 - het 'doorwerken' van trauma;
 - het bevorderen van regressie (teruggaan naar het verleden), zoals therapeutisch vasthouden (holding) en rebirthing-therapie



De effectiviteit van dit soort interventies is niet bewezen. Bovendien zijn ze in tegenspraak met de gehechtheidstheorie die het belang van sensitief gedrag van de ouders benadrukt. Deze interventies kunnen zelfs schadelijk zijn voor kinderen.

2 Het begrip gehechtheid

Gehechtheid wordt gedefinieerd als de neiging van een kind om de nabijheid van en het contact met een ouder te zoeken, met name in angstige situaties, bij verdriet, vermoeidheid en ziekte (Bowlby, 1969; in: Gezondheidsraad, 2018). In principe zullen alle kinderen zich aan hun ouders hechten, maar de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie kan onderling sterk verschillen.

Soorten gehechtheidsrelaties

Gehechtheidsrelaties kunnen onderverdeeld worden in vier categorieën:

- **Veilig** – kinderen in veilige gehechtheidsrelaties zoeken direct contact met en/of nabijheid tot de gehechtheidspersoon en laten zich snel geruststellen.
- **Onveilig vermijdend** – kinderen in vermijdende gehechtheidsrelaties zoeken weinig nabijheid en contact met de gehechtheidspersoon en wenden hun aandacht van deze persoon af.
- **Onveilig ambivalent** – kinderen in ambivalente gehechtheidsrelaties reageren boos en/of passief op de gehechtheidspersoon.
- **Gedesorganiseerd** – kinderen in gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties vertonen conflicterend gedrag en/of angst gericht op de gehechtheidspersoon, bijvoorbeeld als gevolg van bedreigende en beangstigende vormen van verzorging (Ainsworth & Wittig, 1969; Gezondheidsraad, 2018).

Onveilige gehechtheid leidt niet per definitie tot een hechtingsstoornis en moet daar dan ook niet mee verward worden. Ten onrechte wordt soms aangenomen dat alle kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie een probleem hebben, en dat er in die gevallen altijd bijsturing nodig is. Dat is niet het geval.

De meest problematische groep is de groep die gedesorganiseerd gehecht is: zij hebben geen enkele strategie om met hun behoeften aan nabijheid en exploratie om te gaan. Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg (2010) stellen dat de gedesorganiseerde categorie van gehechtheid een duidelijke overlap heeft met een 'hechtingsstoornis' (de Wolff, Dekker-van der Sande, Sterkenburg, Thoomes-Vreugdenhil, 2014).

Soorten hechtingsstoornissen

Een hechtingsstoornis ontstaat wanneer een jong kind er niet in slaagt een gehechtheidsrelatie aan te gaan met zijn ouders of verzorgers. Hiervan is sprake in extreme situaties van verwaarlozing, mishandeling of frequente wisseling van verzorgers.

De DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) onderscheidt twee typen hechtingsstoornissen:

- De **reactieve hechtingsstoornis** (RHS). Bij een reactieve hechtingsstoornis zoekt een kind geen troost tijdens stress en reageert het niet of zelden op de troost die wordt aangeboden.
- De **ontremd-sociaalcontactstoornis** (OSCS). Bij de ontremd-sociaalcontactstoornis benadert een kind onbekende volwassenen met onvoldoende terughoudendheid.



Giltaij (2017) geeft aan dat RHS expliciet wordt beschreven als een stoornis in de gehechtheidsontwikkeling, maar dat er volop discussie is in hoeverre OSCS beschouwd kan worden als een stoornis in de gehechtheid. Het kenmerkende gedragspatroon van cultureel ongepast, te familiale omgang met relatieve vreemden wordt namelijk niet alleen waargenomen bij kinderen met een vermoedelijk ontbreken van een selectieve gehechtheidsrelatie, maar ook bij kinderen die wel een gehechtheidsrelatie met de opvoeder lijken te hebben ontwikkeld. Om die reden wordt er vaak gesproken van 'gehechtheid gerelateerde stoornissen' als het gaat over de combinatie van RHS en OSCS.

Een onveilige gehechtheidsrelatie is omkeerbaar. Door te werken aan de gehechtheidsrelatie kan het vertrouwen altijd weer hersteld worden (de Wolff, Dekker-van der Sande, Sterkenburg, Thoomes-Vreugdenhil, 2014).

3 Preventieve interventies

Preventieve interventies richten zich op het voorkomen en/of verminderen van hechtingsproblemen.

Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden in:

- **universele preventie** (interventies voor gezinnen waarin geen risico's spelen),
- **selectieve preventie** (interventies voor gezinnen met jonge kinderen die een risico lopen op hechtingsproblemen door bijvoorbeeld mishandeling of psychische problemen bij de ouders) en
- **geïndiceerde preventie** (interventies voor gezinnen waarin al sprake is van hechtingsproblematiek).

In zulke preventieve interventies leren ouders om hun eigen gedrag ten opzichte van het kind te verbeteren. Het kind reageert daar vervolgens positief op en gaat zich na verloop van tijd veilig hechten aan de ouders.

Voor het ontstaan van een veilige gehechtheidsrelatie worden in de 'Richtlijn Problematische Gehechtheid' (de Wolff et al., 2014) drie basale voorwaarden benoemd:

- sensitief reageren op het kind;
- continuïteit in de aanwezigheid van de gehechtheidspersoon;
- het kunnen mentaliseren of reflecteren door de ouder.

Ten eerste is het belangrijk dat de ouder sensitief en voorspelbaar reageert op signalen van het jonge kind. Zo leert het kind dat zijn ouder beschikbaar is als veilige uitvalsbasis én als veilige haven. Ouderlijke sensitiviteit is het best onderzochte aspect van ouderschap dat voorspellend is voor de kwaliteit van de ouder-kindrelatie. Experimenteel onderzoek laat zien dat sensitief opvoedingsgedrag ten grondslag ligt aan veilige gehechtheidsrelaties en aan een positieve ontwikkeling van kinderen (Gezondheidsraad, 2018). De meeste preventieve interventies zijn daarom ook op ouderlijke sensitiviteit gericht.

Een tweede voorwaarde om een veilige gehechtheidsrelatie te kunnen opbouwen is continuïteit in de aanwezigheid van de gehechtheidspersoon en een derde voorwaarde is 'mentaliseren' door de ouder, wat inhoudt dat de ouder gevoelens en gedachten van het jonge kind ziet en (h)erkent, en daar in zijn gedrag rekening mee houdt. De ouder benoemt wat het kind doet, denkt of voelt



(bijvoorbeeld 'Je voelt je niet fijn, je bent erg moe') (de Wolff et al., 2014; Zeegers, Colonesi, Stams & Meins, 2017).

Aanbevolen wordt om bij interventies gedurende het eerste levensjaar van het kind vooral aandacht te schenken aan sensitief opvoedingsgedrag van de ouders. Voor ouders van kinderen ouder dan één jaar, is het van belang daarnaast aandacht te besteden aan manieren waarop zij hun kind adequaat kunnen disciplineren. Kinderen verwerven vanaf het tweede levensjaar steeds meer autonomie: zij gaan zelfstandig de wereld ontdekken. Daarbij zoeken zij steeds de grenzen op van wat zij mogen en kunnen en het is daarom nodig dat kinderen op deze leeftijd leren omgaan met regels en grenzen (Juffer, 2010).

De volgende paragrafen geven een samenvatting van (nationale en internationale) meta-analyses en reviews naar de effecten van preventieve interventies voor hechtingsproblemen. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt in studies die kijken naar de effecten van preventieve interventies op het vergroten van sensitiviteit en veilige gehechtheid enerzijds en studies die kijken naar effecten op het voorkomen van gedesorganiseerde gehechtheid anderzijds.

3.1 Verhogen sensitiviteit en bevorderen van veilige gehechtheid

Onderzoek laat zien dat interventies om sensitiviteit en/of gehechtheid te verbeteren, gemiddeld genomen kleine tot middelmatige effecten hebben. Verbeteringen in oudergedrag (waaronder sensitiviteit) zijn daarbij groter dan verbeteringen in gehechtheid. Hieronder volgt een uitwerking van verschillende relevante reviews en meta-analyses die zijn verricht.

Bakermans-Kranenburg et al (2003) deden een eerste meta-analyse over 70 studies naar de effecten van interventies voor het verhogen van de sensitiviteit van de opvoeder en het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind. In de meta-analyse werden studies meegenomen naar:

- universele interventies (voor gezinnen waar geen risico's speelden),
- selectieve interventies (gezinnen die een verhoogd risico lopen op verstoorde hechting zoals zeer jonge moeders, angstige moeders, depressieve moeders, lage SES, te vroeg geboren kinderen) en
- geïndiceerde interventies (voor gezinnen waar al problematiek speelt).

De onderzochte programma's hadden een verschillende theoretische achtergrond en opzet (variërend van bijvoorbeeld korte huisbezoeken tot aan intensievere ouder-kind psychotherapie). De onderzoekers verdeelden de interventies in 3 categorieën:

1. Interventies gericht op het (op gedragsniveau) verhogen van de sensitiviteit van de opvoeder;
2. Interventies gericht op het verbeteren van de percepties die de opvoeder van het kind heeft;
3. Interventies gericht op het bieden van sociale steun aan de opvoeder.

Combinaties van deze benaderingen kwamen ook voor.

De meta-analyse laat zien dat interventies gericht op het verhogen van de sensitiviteit het meest effectief zijn. De interventies die succesvol waren in het verhogen van de sensitiviteit hadden vervolgens ook een positieve invloed op de gehechtheidsrelatie. De beide andere strategieën bleken alleen effectief in combinatie hiermee. Gecombineerde strategieën bleken echter niet effectiever dan interventies die uitsluitend gericht waren op het verhogen van de sensitiviteit.



Kortom, hulpverleners kunnen een veilige gehechtheid het beste bevorderen met een interventie gericht op sensitief opvoedingsgedrag.

Interventies bleken vooral goed te werken als gebruik gemaakt werd van videofeedback. Dat wil zeggen: de trainer filmt de ouder in de alledaagse omgang met het kind en selecteert daaruit situaties waarin de ouder heel positief en sensitief op het kind reageert. Deze opnames kijken zij samen terug. Door het positieve gedrag van de ouder uit te vergroten en de aandacht te vestigen op de positieve effecten van het oudergedrag op het kind, wordt de ouder gestimuleerd om dit gedrag veel vaker te gebruiken. Ouders worden zo getraind in het observeren van hun kind en het afstemmen van hun reacties op de signalen en het gedrag van hun kind. Door videobeelden van het eigen opvoedingsgedrag te bekijken is een ouder zijn eigen rolmodel. Interventies die gebruik maakten van videofeedback waren effectiever in het verhogen van de sensitiviteit dan interventies die deze techniek niet gebruikten.

Interventies bestaande uit minder dan vijf sessies waren even effectief als interventies bestaande uit vijf tot zestien sessies, maar interventies bestaande uit meer dan zestien sessies waren minder effectief dan kortere interventies.

Uit de meta-analyse blijkt dat het niet nodig is om al voor de geboorte of in de eerste zes levensmaanden te starten. Zulke interventies bleken juist minder effectief dan interventies die zes maanden na de geboorte starten. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat ouders van oudere kinderen meer mogelijkheden hebben om hun aangeleerde vaardigheden te oefenen en te integreren in hun interacties met het kind (Belsky, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007; Facompre, 2018). Ook kan het verschil in effect te maken hebben met het feit dat kinderen een bepaald ontwikkelingsstadium moeten hebben bereikt om zich te kunnen hechten (Gezondheidsraad, 2018). Hierbij moet opgemerkt worden dat in de meta-analyse niet is onderzocht of er op de lange termijn verschillen in de effecten waren tussen interventies die rond of kort na de geboorte ingezet worden, en interventies die pas na een half jaar of later starten.

Het kan voor specifieke (risico-)groepen zinvol zijn om wel al rond of kort na de geboorte een interventie in te zetten, bijvoorbeeld bij depressieve moeders. Moeders die depressief zijn, reageren heel wisselend of helemaal niet op de signalen van hun baby. Dit kan problemen opleveren in de ontwikkeling van het kind. Vroegtijdig ingrijpen is dan juist belangrijk, aangezien zich dan nog niet een bepaald interactiepatroon heeft ontwikkeld (van Doesum, 2016).

Verschillende risicofactoren (zoals een lage sociaaleconomische status, vroeggeboorte, jonge leeftijd van de moeder, aanwezigheid van meerdere risicofactoren in het gezin) waren niet geassocieerd met verschillen in effectgroottes tussen de studies. Wel werd in de klinische groepen een groter effect op ouderlijke sensitiviteit gevonden. Dit grotere effect wordt volgens de onderzoekers mogelijk verklaard door het feit dat de problemen in deze groepen vooral beperkt waren tot 1 gebied (zoals depressie bij de moeder, angstige of teruggetrokken kinderen), maar mogelijk ook door een grotere motivatie van de ouders in deze groepen.

Een overzichtsstudie van **Doughty (2007)** bevestigt de conclusies van Bakermans-Kranenburg en collega's (2003): de meest effectieve preventieve interventies waren niet de langstduurende interventies, maar hadden vaak minder sessies. Interventies gericht op gedragsverandering (met name sensitiviteit van de moeder), met een gedragsmatige aanpak en een-op-een uitgevoerd, waren vooral effectief. Deze interventies bleken effectief ongeacht de aan- of afwezigheid van andere risicofactoren in het gezin. Uit de overzichtsstudie blijkt verder dat ouder-kind



psychotherapie de interactie tussen moeders en baby's kan verbeteren en dat als gevolg daarvan kinderen vaker veilig gehecht zijn dan kinderen van wie de moeder geen behandeling of alleen psycho-educatie krijgt. In ouder-kind psychotherapie werkt een therapeut met de ouder en het kind samen en helpt ouders om te herkennen op welke manier hun huidige interactiepatronen gevormd zijn door ervaringen in het verleden. Door daar meer inzicht in te krijgen, zijn ouders in staat sensitiever op hun kind te reageren.

Barlow et al (2016) verrichtten een overzichtsstudie naar de effecten van universele, selectieve en geïndiceerde interventies op het verbeteren van de gehechtheidsrelatie of op andere - aan gehechtheid gerelateerde - uitkomsten (zoals sensitiviteit van de opvoeders) bij kinderen van 0-5 jaar. Zij namen in hun overzicht 6 systematische reviews en 11 gerandomiseerde gecontroleerde trials mee (gepubliceerd sinds 2008).

Veelbelovende interventies voor het verbeteren van de gehechtheidsrelatie bij kinderen met een verhoogd risico op hechtingsproblemen (waaronder kinderen die te maken hebben gehad met mishandeling) bleken:

- ouder-kind psychotherapie,
- videofeedback en
- op mentaliseren gebaseerde programma's.

Veelbelovende interventies voor het verbeteren van andere aan gehechtheid gerelateerde uitkomsten (zoals sensitiviteit van de moeder) waren:

- ouder-kind psychotherapie,
- videofeedback,
- op mentaliseren gebaseerde programma's,
- huisbezoeken en oudertrainingen.

De onderzochte programma's hadden (net als in de meta-analyse van Bakermans-Kranenburg en collega's uit 2003) een verschillende theoretische achtergrond en opzet. Sommige interventies (zoals ouder-kind psychotherapie), hadden een psychoanalytische achtergrond terwijl andere programma's zich - vanuit de gehechtheidstheorie - meer expliciet op de interactie tussen ouder en kind en op sensitief opvoeden richtten.

Steeds vaker worden elementen van verschillende methoden en theoretische achtergronden echter gecombineerd in interventies. De onderzoekers geven aan dat er ook vrij grote verschillen zitten in frequentie en duur van de onderzochte interventies.

Zo zijn er intensieve huisbezoekprogramma's die gedurende meerdere jaren worden ingezet (zoals "Minding the baby" dat wordt ingezet vanaf het derde trimester van de zwangerschap tot het kind twee jaar is), terwijl de meeste andere interventies eerder kortdurende intensieve hulp bieden (zoals video-feedback en ouder-kindpsychotherapie). Er is volgens de onderzoekers nog weinig onderzoek gedaan waarin de verschillende interventievormen worden vergeleken, maar het bewijs tot nog toe laat zien dat er weinig verschil in effect is.

De onderzoekers concluderen daarom - in overeenstemming met Bakermans-Kranenburg et al (2003) dat er steeds meer ondersteuning is voor het gebruik van korte, op sensitiviteit gerichte interventies.

Specifieke doelgroepen

Preventieve interventies lijken ook te werken bij pleeggezinnen en adoptiegezinnen. Zo geven Juffer et al (2005) aan dat onderzoek bij adoptiegezinnen laat zien dat een korte, gedragsgerichte



interventie leidt tot een verbetering van de sensitiviteit bij de adoptieouder en een vermindering van de gedesorganiseerde gehechtheid bij het adoptiekind. Kerr & Cossar (2014) verrichtten een systematische review naar hechtingsinterventies bij pleegkinderen en geadopteerde kinderen. Zij namen 10 studies in hun review mee en vonden verschillende significante effecten (uiteenlopend van klein tot groot) op het functioneren van de kinderen (vooral op externaliserend gedrag, minder op internaliserend gedrag en relationeel functioneren), met name voor kinderen van 6 maanden tot 6 jaar. De kwaliteit van de studies was echter beperkt (zo was er in verschillende studies geen adequate controlegroep, was de steekproefgrootte beperkt, waren er beperkingen aan de randomisatie of werd er geen follow-up verricht).

Uit een meta-analyse van **Kersten-Alvarez et al (2011)** naar het vergroten van de sensitiviteit van depressieve moeders, blijkt dat interventies gericht op het vergroten van sensitiviteit effectiever zijn wanneer babymassage wordt toegepast. De onderzoekers analyseerden 10 gecontroleerde studies waarin 13 preventieve interventies gericht op het vergroten van de sensitiviteit van depressieve moeders onderzocht werden. Zij vonden een klein tot middelgroot effect van de interventies op het verhogen van sensitiviteit, maar interventies die babymassage aanboden bleken grote effecten te hebben op de sensitiviteit. Volgens de onderzoekers leidt babymassage er mogelijk toe dat ouders de signalen van hun kind beter leren herkennen en begrijpen, wat de interactie tussen ouder en kind verbetert.

Mortensen & Mastergeorge (2014) verrichtten een meta-analyse naar relatiegerichte interventies (zoals huisbezoekprogramma's en videofeedback) voor gezinnen met een laag inkomen. De meta-analyse vond een klein effect op de ouder-kind interactie. In overeenstemming met de eerdere bevindingen van Bakermans-Kranenburg et al (2003) bleken kortdurende interventies effectiever dan langere programma's. Daarnaast bleken programma's effectiever als zij direct inspeelden op de ouder-kind dyade, als de uitvoerders gekwalificeerd waren en als ouders en kinderen de instructie kregen om met elkaar te spelen zoals zij dat normaalgesproken zouden doen (zonder verdere instructies van de uitvoerders). Mogelijk werkt dit ongestructureerde spel beter dan een gestructureerde opdracht omdat dit beter aansluit bij het gewone dagelijks leven en juist dit vrije spel bij ouders zelf meer ondersteunend gedrag oproept.

3.2 Voorkomen en verminderen van gedesorganiseerde gehechtheid

In 2005 voerden **Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn en Juffer** opnieuw een meta-analyse uit. Dit keer keken zij expliciet naar interventies gericht op het voorkomen van gedesorganiseerde gehechtheid. Zij namen tien studies mee, waarin vijftien verschillende preventieve interventies werden onderzocht op effectiviteit.

De interventies in de meta-analyse bleken over het geheel genomen niet effectief in het voorkomen van gedesorganiseerde gehechtheid. Een nadere analyse liet zien dat interventies voor ouders van kinderen ouder dan zes maanden en interventies gericht op sensitief opvoedingsgedrag wel effectief waren, wat aansluit bij de eerdere meta-analyse uit 2003.

Uit de meta-analyse blijkt ook dat het weinig zin heeft om preventieve interventies in te zetten bij kinderen die een laag risico hebben om een gedesorganiseerde gehechtheid te ontwikkelen. De interventies hadden vooral effect als hulpverleners ze inzetten bij kinderen met een groter risico op een gedesorganiseerde gehechtheid, zoals premature kinderen of kinderen met een moeilijk



temperament. Interventies waren minder succesvol als er risicofactoren bij de ouders aanwezig waren voor een gedesorganiseerde gehechtheid, zoals psychiatrische problematiek. Het blijkt dus eenvoudiger om een gedesorganiseerde gehechtheid te voorkomen als het 'probleem' of risico bij het kind ligt, en ouders relatief goed functioneren en geen psychische problematiek hebben.

Wright et al (2017) voerden een review en meta-analyse uit naar de effecten van opvoedinterventies voor gezinnen waarbij kinderen een hoog risico liepen op, of waarbij er al sprake was van, een gedesorganiseerd patroon van gehechtheid. De onderzoekers analyseerden veertien studies en vonden – in tegenstelling tot Bakermans-Kranenburg et al. (2005) - wél een (middelgroot) significant effect op gedesorganiseerde gehechtheid (hoewel er tussen studies wel grote verschillen waren in effectgroottes). De meerderheid van de interventies richtte zich op sensitiviteit van de moeder.

In overeenstemming met Bakermans-Kranenburg et al vonden zij ook dat er weinig bewijs was voor de positieve effecten van interventies die worden ingezet voordat een kind 6 maanden is. Wat opvallend is, is dat de onderzoekers wel vonden dat alleen interventies bestaande uit meer dan 16 sessies een significant effect hadden op gedesorganiseerde gehechtheid. Dit is in strijd met de bevinding van Bakermans-Kranenburg et al (2003). Omdat de grootte van de groepen in deze subgroepanalyse beperkt was, geven de onderzoekers wel aan dat deze bevinding niet zomaar gegeneraliseerd kan worden.

Een zeer recente meta-analyse van **Facompre et al (2018)** over zestien studies (waarvan er zeven na 2005 zijn gepubliceerd) kijkt eveneens naar de effecten van preventieve interventies gericht op het voorkomen en verminderen van gedesorganiseerde gehechtheid. In tegenstelling tot de meta-analyse van Bakermans-Kranenburg et al (2005), vindt deze meta-analyse dat interventies over het geheel genomen wel effectief zijn in het aanpakken van gedesorganiseerde gehechtheid. Vooral studies gepubliceerd na 2005 laten grotere effecten zien.

In overeenstemming met de meta-analyse uit 2005 vinden zij dat interventies effectiever zijn als zij worden ingezet bij wat oudere kinderen (ouder dan zes maanden). Ditzelfde geldt voor interventies die worden ingezet bij kinderen die te maken hebben gehad met mishandeling (een belangrijke risicofactor voor gedesorganiseerde gehechtheid). In de meta-analyse zijn verschillende typen programma's meegenomen (van kortdurende huisbezoekprogramma's specifiek gericht op het verhogen van de sensitiviteit tot aan meer intensieve ouder-kind psychotherapie). In tegenstelling tot de meta-analyse van Bakermans-Kranenburg et al (2005) vinden zij niet dat specifiek op sensitiviteit gerichte aanpakken het meest effectief zijn. De verschillende aanpakken hebben allemaal middelgrote tot grote effecten.

Mountain, Cahill & Thorpe (2016) verrichtten een systematische review en meta-analyse om te bepalen of vroege huisbezoekprogramma's effectief zijn in het vergroten van een veilige gehechtheid, het vergroten van ouderlijke sensitiviteit en het verminderen van gedesorganiseerde gehechtheid. Zij keken daarbij naar interventies voor kinderen jonger dan 36 maanden en namen in de uiteindelijke analyse vier gerandomiseerde gecontroleerde trials mee (de duur van de onderzochte interventies liep daarbij uiteen van 8 weken tot 27 maanden). Hoewel de onderzoekers aangeven dat het onderzoek nog zeer beperkt is (en de resultaten tussen studies verschillen), vonden zij verbeteringen in de sensitiviteit van moeders en de veilige gehechtheidsrelatie van kinderen en afnamen in gedesorganiseerde gehechtheid. Over het algemeen laten de studies wel zien dat vooral het beïnvloeden van gedesorganiseerde gehechtheid lastig is. Dit komt namelijk vaak voor in gezinnen met veel complexe problemen (mishandeling, misbruik, trauma) die minder ontvankelijk zijn voor hulp. De onderzoekers concluderen dat nog onduidelijk is wat de optimale dosering en duur van interventies is.



4 Behandeling van een hechtingsstoornis

Een hechtingsstoornis ontstaat wanneer een jong kind er niet in slaagt een gehechtheidsrelatie aan te gaan met zijn ouders of verzorgers. Hiervan is sprake in extreme situaties van verwaarlozing, mishandeling of frequente wisseling van verzorgers.

De DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) onderscheidt twee hechtingsstoornissen: de reactieve hechtingsstoornis (RHS) en de ontremd-sociaalcontactstoornis (OSCS). Bij een reactieve hechtingsstoornis zoekt een kind geen troost tijdens stress en reageert niet of zelden op de troost die wordt aangeboden. Bij de ontremd-sociaalcontactstoornis benadert een kind met onvoldoende terughoudendheid onbekende volwassenen.

Discussie over het concept hechtingsstoornis

Voorafgaand aan het bespreken van de effectiviteit van behandelinterventies, is het goed om te noemen dat er in de praktijk discussie is over het concept 'hechtingsstoornis' (zoals ook in hoofdstuk 2 besproken).

Er is bijvoorbeeld onenigheid over de vraag in hoeverre OSCS beschouwd kan worden als een stoornis in de gehechtheid en sommige onderzoekers pleiten zelfs voor een gehele afschaffing van de diagnose RHS en/of OSCS. Zo geeft Allen (2016, in: Giltaij, 2017) aan dat de gehechtheidsstoornis als concept discutabel is, vaak verkeerd wordt begrepen en gebruikt, uitzonderlijk zeldzaam is en dat klinische interventie (anders dan het kind plaatsen bij een ondersteunende verzorger of opvoeder) onnodig lijkt. Allen bestrijdt niet dat sommige kinderen vanwege ernstige verwaarlozing of mishandeling verstoord gedrag kunnen gaan vertonen, maar een meerderheid van de kinderen met een vergelijkbare achtergrond vertoont deze atypische gedragingen niet. Deze afwijkingen zouden ook beschreven kunnen worden als (een combinatie van) andere vormen van psychopathologie, zoals een externaliserende gedragsstoornis. Toeschrijven van het gedrag aan een hechtingsstoornis, zou andere stoornissen kunnen overschaduwen.

Andere onderzoekers, zoals Giltaij (2017) vinden het voorstel tot gehele afschaffing van de diagnose RHS en/of OSCS te radicaal. Het voorstel heeft namelijk negatieve gevolgen voor die kleine groep kinderen die wel duidelijke patronen van ernstig maladaptief sociaal gedrag vertoont, dat niet ondergebracht kan worden binnen andere diagnostische categorieën.

Met de hiervoor genoemde discussie in het achterhoofd, gaat dit hoofdstuk in op een vrij recente literatuurstudie naar de effectiviteit van interventies voor kinderen met een RHS of OSCS (Zeanah et al., 2015) en de meest recente update van de 'Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder' (Zeanah et al., 2016). Deze publicaties bieden een aantal aanknopingspunten voor de behandeling van hechtingsstoornissen (of 'gehechtheid gerelateerde stoornissen').

4.1 Effectiviteit van interventies

Zeanah et al (2015) keken in een literatuurstudie naar wat er bekend is over de effectiviteit van interventies voor kinderen met een RHS of OSCS. Zij concluderen dat er nog zeer weinig onderzoek is gedaan. Het onderzoek dat is gedaan heeft zich voornamelijk gericht op adoptie van jonge kinderen die zijn opgegroeid in instellingen. Het 'geadopteerd zijn' wordt daarbij op zichzelf als interventie gezien, vanuit de gedachte dat de aandacht en zorg die gepaard gaan met een adoptie, symptomen van hechtingsstoornissen zullen verminderen.



Het onderzoek naar kinderen met een reactieve hechtingsstoornis laat zien dat tekenen van RHS substantieel kunnen verminderen als deze kinderen in gezinnen worden geplaatst en passende zorg krijgen. Zo vonden Dozier, Stovall, Albus en Bates (2001) dat mishandelde kinderen die in pleegzorg werden geplaatst zich veilig konden hechten aan hun opvoeders, vergelijkbaar met kinderen die nooit mishandeld waren, maar alleen als pleegmoeders zelf veilig waren gehecht. Als de pleegmoeders niet veilig waren gehecht, verhoogde dit de kans op gedesorganiseerde gehechtheid substantieel. Steele et al (2008) rapporteerden eenzelfde soort bevindingen over mishandelde kinderen die buiten de pleegzorg werden geadopteerd. Aangezien onderzoek laat zien dat een veilige gehechtheid bij jonge kinderen bewerkstelligd wordt door verzorgers die emotioneel beschikbaar zijn en sensitief-responsief opvoedgedrag laten zien, zijn evidence-based interventies gericht op deze doelen volgens de onderzoekers goed in te zetten binnen de adoptie- of pleegzorg voor kinderen met RHS.

Longitudinale studies geven een gemengd beeld over de rol van adoptie bij symptomen van OSCS. Sommige studies vinden een afname van symptomen, andere studies laten daarentegen zien dat symptomen blijven bestaan (Hodges & Tizard, 1989; Tizard & Hodges, 1978; Tizard & Rees, 1975; Chisholm, 1998; Rutter et al., 2010; Smyke et al., 2012). Vergelijkbaar met RHS kan de verzorging die wordt geboden aan kinderen met OSCS volgens de onderzoekers het best sensitieve en responsieve zorg zijn waarin de ouder de behoeften van het kind herkent en er goed op reageert. Onderzoek laat zien dat evidence-based interventies voor mishandelde kinderen positieve effecten hebben op gehechtheid. Zij moeten volgens Zeanah et al (2015) daarom ook geprobeerd worden bij kinderen met OSCS.

Samenvattend reageren volgens de onderzoekers vrijwel alle kinderen met RHS positief op een verbeterde opvoedsituatie, terwijl dit slechts geldt voor sommige kinderen met OSCS. Er moet meer onderzoek gedaan worden om te weten te komen welke aanvullende interventies – voor kinderen met RHS maar vooral voor kinderen met OSCS – ingezet moeten worden.

4.2 Handvatten voor de behandeling


De 'Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder' van Zeanah et al (2016) geeft goede handvatten voor de behandeling van hechtingsstoornissen.

De onderzoekers onderscheiden eerst twee belangrijke voorwaarden voor de behandeling (Zeanah et al., 2016; Giltaij, Sterkenburg & Schuengel, 2016):

- Bij jonge kinderen met een hechtingsstoornis is de belangrijkste interventie dat de hulpverlener ervoor zorgt dat het kind een emotioneel beschikbare hechtingsfiguur krijgt waarmee het positieve interacties kan aangaan, uitgroeiend tot een stabiele gehechtheidsrelatie.
- Clinici veronderstellen dat kinderen met een hechtingsstoornis ernstig verstoorte interne modellen hebben voor het aangaan van relaties met anderen. Daarom is het belangrijk dat de behandeling van de hechtingsstoornis gericht is op het creëren van positieve interacties met verzorgers. Dit kan alleen als het kind zeker is van een veilige en stabiele plek. Indien er binnen het leefklimaat sprake is van mishandeling of verwaarlozing, zullen de eerste acties erop gericht moeten zijn dit te stoppen.

Er zijn volgens de richtlijn vervolgens drie manieren om ervoor te zorgen dat het kind en de verzorger leren om positieve interacties met elkaar aan te gaan: via de verzorger, met de verzorger en het kind gezamenlijk en/of alleen met het kind.





Bij een behandeling gericht op de verzorger leert de clinicus aan de verzorger hoe hij met het gedrag van het kind kan omgaan en hoe hij met zijn eigen gevoelens van onzekerheid, frustratie en boosheid kan omgaan. Een dergelijke behandeling is alleen mogelijk als de verzorger niet extreem gestresst is en als hij emotioneel beschikbaar is voor het kind en bereid is zich bewust te zijn van de gevoelens van het kind. De verzorger kan dan getraind worden als cotherapeut en leren om – door sensitief en responsief opvoedgedrag – de hechting van het kind aan te moedigen. Gestructureerde interventies met videobeelden, zoals VIPP-SD, kunnen daarbij ingezet worden. Dergelijke interventies zijn nog niet onderzocht bij kinderen met hechtingsstoornissen, maar hebben zoals eerder besproken wel preventief positieve effecten laten zien, ook bij hoogrisicogroepen.

Als opvoeders zelf te gestresst zijn om te functioneren als cotherapeut, moet een andere aanpak ingezet worden. Er kan dan gekozen worden voor behandeling met de verzorger en het kind samen. Een vorm van zo'n behandeling is video-interactiebegeleiding. Video-interactiebegeleiding is vooral gericht op gedragsmatige interactie. De clinicus bespreekt aan de hand van video-opnamen interactiepatronen tussen verzorger en kind. Door positieve bekrachtiging en suggesties probeert de clinicus de reacties van de verzorger op het kind te beïnvloeden. Het gebruik van video-opnamen maakt het voor de verzorger gemakkelijker om te reflecteren op de manier waarop hij met het kind omgaat. Een belangrijk aandachtspunt is dat de clinicus vooral aandacht geeft aan sterke kanten van de verzorger, zodat de verzorger vertrouwen krijgt in de clinicus en in zijn eigen capaciteiten om op een positieve manier met het kind om te gaan. Daardoor krijgt de clinicus de gelegenheid om ook aan de slag te gaan met frustrerende momenten in de interactie en verandering in de interactie teweeg te brengen.

Een andere vorm van gezamenlijke behandeling van verzorger en kind is ouder-kind psychotherapie. Deze behandeling is gericht op de manier waarop ouder en kind elkaar ervaren en op het veranderen van patronen in de emotionele communicatie tussen ouder en kind. De derde mogelijkheid is individuele therapie met het kind. Individuele behandeling van het kind is vooral bedoeld om gedragingen van het kind die een succesvolle behandeling van de verzorger en het kind samen in de weg staan, te verminderen. Een individuele behandeling van het kind kan alleen succesvol zijn als er een actieve samenwerking met de verzorger is. Gezamenlijke behandeling van de verzorger en het kind heeft dan ook de voorkeur.

Kinderen die naast een hechtingsstoornis ook agressief en oppositioneel gedrag vertonen (komt vaak samen voor met OSCS), hebben hiervoor extra behandeling nodig. Evidence-based interventies als ouder-kind interactietherapie voor jongere kinderen of multisysteemtherapie voor oudere kinderen kunnen de effecten van de eerdergenoemde interventies versterken.

Soms wordt ervoor gekozen om bij deze stoornissen medicatie voor te schrijven. Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar de korte- en langetermijneffecten van medicatie bij jonge kinderen. Het is noodzakelijk dat klinici voorzichtig zijn met het voorschrijven van medicatie bij jonge kinderen.

Bewezen niet effectief zijn volgens de richtlijn interventies die hechting willen bewerkstelligen door dwang (bijv. therapeutisch vasthouden, holding of vasthouden met druk), het 'doorwerken' van trauma (bijv. rebirthing-therapie) of het bevorderen van regressie. Voor deze interventies ontbreekt empirische steun en ze zijn in verband gebracht met ernstig letsel en zelfs het overlijden van kinderen.



5 Interventies in Nederland

In Nederland zijn er verschillende erkende interventies beschikbaar die gericht zijn op het bevorderen van een veilige hechting tussen opvoeders en kinderen en/of het voorkomen en verminderen van hechtingsproblemen bij het kind. De interventies richten zich op de interactie tussen het kind en de opvoeder en werken aan vaardigheden als sensitief opvoedgedrag.

In de volgende paragrafen worden verschillende interventies besproken die in Nederland zijn onderzocht op effectiviteit. Daarbij is uitgegaan van de interventies die in september 2018 als 'effectief' zijn opgenomen in de Databank Effectieve Interventies. Daarnaast wordt er kort stilgestaan bij interventies die (in Nederland) nog niet op effectiviteit zijn onderzocht, maar wel goed onderbouwd zijn.

Interventies die zich in de eerste plaats richten op ontwikkelingsstimulering (zoals Instapje, Opstapje, Opstap en VVE Thuis) worden in het overzicht niet meegenomen.

Onder het kopje 'Interventies' in dit dossier is meer informatie te vinden over erkende Nederlandse interventies bij hechtingsproblematiek.

5.1 Effectieve interventies

In deze paragraaf worden verschillende Nederlandse interventies besproken waarvan de effectiviteit (in Nederland) minimaal is aangetoond met een voor- en nameting.

5.1.1 *VIPP-SD*

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) is een gedragsinterventie voor ouders (maar ook voor pleegouders, adoptieouders en professionele opvoeders in de kinderopvang) met kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 6 jaar. Het programma richt zich op opvoeders die problemen hebben bij het sensitief opvoeden of grenzen stellen, resulterend in problemen in de ouder-kindrelatie en (een verhoogd risico op) externaliserende gedragsproblemen bij het kind. Door de opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken wil het programma gedragsproblemen voorkomen of verminderen.

De interventie wordt uitgevoerd bij gezinnen thuis door getrainde VIPP-SD ondersteuners in zeven bezoeken van ongeveer twee uur. Tijdens de bezoeken worden eerst filmopnames gemaakt, daarna worden opnames van de vorige keer nabesproken. Bekrachtigen van sensitief opvoedgedrag (positief ouderschap), het stellen van grenzen en reguleren van lastig kindgedrag staan centraal.

In twaalf gecontroleerde gerandomiseerde studies met 1116 ouders en opvoeders is VIPP-SD effectief gebleken in het bevorderen van sensitief opvoedgedrag, terwijl er ook positieve sociaal-emotionele uitkomsten bij de kinderen werden gevonden (Juffer et al., 2017). Het programma werd daarbij onderzocht bij allerlei groepen, waaronder zowel ouders met risicofactoren (o.a. eetstoornissen, onzekere ouders, mishandelende ouders, ongevoelige ouders, ouders van etnische minderheden, ouders die leefden in zware armoede) en kinderen met risico's (o.a. geadopteerde kinderen, kinderen met risico op gedragsproblemen, kinderen met autisme).

In alle studies werden toenames in sensitief opvoeden gevonden. De grootste effecten werden gevonden bij kinderen met een moeilijk temperament en kinderen met een specifieke variant van



de dopamine D4 receptor gen. Kinderen met een moeilijk temperament lieten na afloop een veiligere gehechtheid zien en kinderen met het dopamine D4 receptor gen lieten minder probleemgedrag zien. Dat werd gemedieerd door toenames in sensitief opvoedgedrag van de moeders. De interventie kan zowel op zichzelf worden ingevoerd, als breder in combinatie met programma's die bijvoorbeeld andere problemen van de ouders aanpakken (Bakermans-Kranenburg, Juffer & IJzendoorn, 2015).

5.1.2 Ouder-baby interventie

De Ouder-baby interventie is een (geïndiceerde) preventieve interventie, gericht op depressieve moeders met een jong kind (tot en met 12 maanden). De interventie zet in op het verbeteren van de interactie tussen moeder en kind en de sensitieve responsiviteit van de moeder. Uiteindelijk doel is voorkomen dat het kind op latere leeftijd psychosociale problemen ontwikkelt.

De interventie bestaat uit begeleiding van het gezin door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige in de thuissituatie, gedurende 8 tot 10 huisbezoeken van 1 à 1½ uur. De partner en belangrijke anderen worden zoveel mogelijk in de begeleiding betrokken. In een gerandomiseerde gecontroleerde trial onderzochten de ontwikkelaars of de interventie effect had op de kwaliteit van de moeder-kind interactie en de moeder-kind gehechtheidsrelatie. Ook is nagegaan of kinderen in de interventiegroep (n=35) zich cognitief en emotioneel gunstiger ontwikkelden dan kinderen in de controlegroep (n=36).

De resultaten wijzen op een significant positief effect op de moeder-kind interactie, met name op de sensitiviteit van de moeders. Ook het voorspelde positieve effect op de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie werd gevonden (van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman & Hoefnagels, 2008; van Doesum, 2016). Vijf jaar later heeft er een vervolgstudie plaatsgevonden (de kinderen zijn dan 5-6 jaar; n=58). Er werd geen langetermijneffect gevonden op de ouder-kind interactie en ook niet op sociaal-emotionele en gedragsproblemen. Op basis van deze resultaten kan volgens de onderzoekers echter niet geconcludeerd worden dat er geen effect is op de langere termijn, aangezien er selectieve uitval plaatsvond: de moeders en baby's waarbij de interventie een groot effect had, namen niet meer deel aan de vervolgstudie (van Doesum, 2016; Kersten-Alvarez, Hosman, Riksen-Walraven, van Doesum & Hoefnagels, 2010).

5.1.3 VoorZorg

VoorZorg richt zich op het terugdringen van (het risico op) kindermishandeling. In de interventie bezoeken verpleegkundigen kwetsbare jonge aanstaande moeders tijdens hun zwangerschap en eerste levensjaren bij hen thuis. Het gaat om moeders die te maken hebben met een opeenstapeling van risicofactoren op mishandeling en verwaarlozing, zoals een laag opleidingsniveau, huiselijk geweld, middelengebruik in de zwangerschap en beperkte affectieve en pedagogische vaardigheden.

In totaal zijn er zo'n 40-60 huisbezoeken vanaf de start tot de tweede verjaardag van het kind, waarin gewerkt wordt aan thema's als gezondheid en veiligheid, persoonlijke ontwikkeling, de rol van opvoeder, de relatie met partner en familie en het gebruik van gemeenschapsvoorzieningen. Daarbij wordt ook systematisch gewerkt aan een sensitieve en responsieve interactie tussen moeder en kind.

Het programma is in Amerika gedurende 35 jaar onderzocht en op diverse punten effectief gebleken. Ook in Nederland zijn de onderzoeksresultaten zeer positief. De belangrijkste resultaten uit dit onderzoek zijn:



- afname van kindermishandeling: in de controlegroep kwam kindermishandeling bij 19% van de kinderen voor, bij de interventiegroep was dit 11%.
- Moeders roken minder tijdens en na de zwangerschap in vergelijking met de vrouwen uit de controlegroep en roken niet waar de baby bij is.
- Moeders geven vaker en langer borstvoeding in vergelijking met de controlegroep.
- Moeders zijn minder vaak slachtoffer van huiselijk geweld (Crijnen, van den Heijkant, Struijf & Timmermans, 2015).

5.1.4 *Basic Trustmethode*

De Basic Trustmethode is een kortdurende interventie voor kinderen van 2 t/m 12 jaar met (ernstige) gedrags- en/of emotionele problemen en hun (professionele) opvoeders, waarbij tevens sprake is van problemen in de gehechtheidsrelatie.

De interventie bestaat uit acht tot twaalf sessies waarin – met behulp van videofeedback – wordt gewerkt aan het terugdringen van de problemen door middel van versterking van de gehechtheidsrelatie. De begeleiding start met psycho-educatie over de achtergrond van probleemgedrag. In de daaropvolgende acht tot twaalf sessies worden - aan de hand van video-opnamen van een spel- of opvoedingssituatie - opvoeders bekrachtigd in reeds gehanteerde vaardigheden. Daarnaast oefenen opvoeders met specifieke vaardigheden (met name benoemen). Verwarring scheppend (desorganiserend) opvoedgedrag wordt gecorrigeerd en opvoeders leren 'veilig disciplineren'.

In Nederland zijn inmiddels een pilotonderzoek en twee veranderingsonderzoeken (waarvan 1 in adoptiegezinnen) naar de effectiviteit van de Basic Trustmethode uitgevoerd. Deze onderzoeken laten significante positieve effecten zien op (gedesorganiseerde) gehechtheid en internaliserende en externaliserende problematiek bij het kind. Bij opvoeders nemen de sensitiviteit en mind-mindedness significant toe, storend/interferend gedrag neemt af en eveneens neemt de opvoedingsbelasting van moeders af (Polderman, 2016; Colonnese, Wissink, Noom, Asscher, Hoeve, Stams, Polderman & Kellaert-Knol, 2012; Versteeg, 2016).

5.1.5 *PCIT*

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is gericht op kinderen van 2-7 jaar met gedragsproblemen en hun ouders. Door het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders beoogt de interventie de gedragsproblemen bij de kinderen en de stress bij de ouders te verminderen. PCIT kan daarnaast specifiek worden ingezet in pleeggezinnen, gezinnen waarbij sprake is van fysieke kindermishandeling en multiprobleemgezinnen.

Het programma duurt tussen de 9-20 weken, afhankelijk van het niveau van vaardigheden van de ouder en afhankelijk van de generalisatie die ontstaat van spelsituatie naar situaties in het dagelijks leven. In de interventie worden ouders en kind samen in een spelkamer getraind, waarbij de therapeut vanachter een 'one-way screen' de ouder coacht middels een oormicrofoontje. In de eerste fase van de behandeling wordt een assessment gedaan om de ernst van de gedragsproblemen en het stressniveau van de ouders te bepalen. In de tweede fase leren de ouders positieve aandachtsvaardigheden te gebruiken zoals het sensitief reageren en prijzen van goed gedrag. In de derde fase leren de ouders op het gedrag gerichte managementstrategieën zoals het effectief afgeven van opdrachten, gepast reageren op medewerking of verzet van het kind en het gebruiken van time-out procedures.

Er is een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (Abrahamse, Junger, van Wouwe, Boer & Lindauer (2016) gedaan waarbij gezinnen PCIT ontvingen of een andere behandelconditie (Family



Creative Therapy – FCT). Daaruit bleek dat de afname van de gedragsproblemen van het kind en de toename van positief gedrag van de ouder na PCIT groter was dan na de andere behandelconditie. De onderzoekers merken wel op dat de bevindingen niet zomaar gegeneraliseerd kunnen worden, aangezien het onderzoeksdesign gebreken vertoonde. Er is eveneens Amerikaans en Australisch onderzoek gedaan naar PCIT (quasi-experimentele effectstudies met follow-up), dat positieve effecten laat zien op zowel het gedrag van de kinderen als op de opvoedingsvaardigheden van de ouders.

5.1.6 *ITGG*

Er bestaan in Nederland nog geen erkende interventies voor de behandeling van kinderen met de diagnose reactieve hechtingsstoornis of ontremd-sociaalcontactstoornis. Voor extreem problematische gehechtheid in combinatie met ernstige, therapieresistente gedragsproblemen, bestaat Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG).

ITGG is een psychotherapeutische interventie voor kinderen van 9 maanden tot 18 jaar met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen waarbij eerdere interventies gericht op de dagelijkse begeleiding en leefsituaties niet effectief waren. Het programma is gericht op een klinisch relevante vermindering van gedragsproblemen en het (voor het eerst of opnieuw) opbouwen van een gehechtheidsrelatie. De behandelaar probeert in de eerste fase een gehechtheidsrelatie op te bouwen met de jeugdige. In de tweede fase volgt gedragstherapie. In de laatste fase wordt het netwerk van relaties uitgebreid en neemt de therapeut steeds meer een plek op de achtergrond in. De behandeling wordt drie uur per week, verspreid over de hele week, in de dagelijkse leefomgeving van de jeugdige aangeboden. De totale behandelduur van ITGG kan oplopen tot een jaar. De methode is ontwikkeld voor kinderen en jongeren met een meervoudige beperking, maar kan ook gebruikt worden voor normaalbegaafde jonge kinderen.

Wetenschappelijk onderzoek naar de interventie geeft eerste aanwijzingen voor effectiviteit. De ITGG-therapeut blijkt een veilige haven in tijden van angst, stress en vermoeidheid en de behandeling heeft effect op veelvoorkomend probleemgedrag en storend gedrag bij cliënten van 18 jaar en jonger (Sterkenburg, 2013; Sterkenburg, 2008).

5.2 Goed onderbouwde interventies

Er zijn in Nederland verschillende erkende interventies beschikbaar voor hechtingsproblematiek, die nog niet met een RCT zijn onderzocht. Hieronder worden zij op alfabetische volgorde kort besproken.

5.2.1 *Gordon-cursus*

De Gordon-cursus 'Effectief omgaan met kinderen' is een preventieve oudercursus voor ouders en opvoeders van kinderen tussen 2 en 12 jaar. De interventie richt zich op een gezonde ouder-kindrelatie, om zo de ontwikkelingskansen van het kind te vergroten, een veilige hechting te bevorderen en gedragsproblemen te voorkomen. In tien wekelijkse groepsbijeenkomsten leren ouders communicatievaardigheden en democratische conflictoplossing.

5.2.2 *Kortdurende video-hometraining*

Kortdurende video-hometraining (K-VHT) is een preventieve methodiek voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar, die spanning ervaren in de opvoeding. Doel is het bevorderen van de sociaal-emotionele ontwikkeling van de kinderen door het verbeteren van het contact tussen ouders en kinderen. Gedurende acht huisbezoeken worden korte video-opnames



van de 'alledaagse omgang' thuis gemaakt, die worden besproken met de VHT-er. Focus ligt daarbij op de initiatieven van het kind en het contact tussen ouders en kind.

5.2.3 *Nika*

Nika is een kortdurende, cognitief gedragstherapeutische interventie voor kinderen (en hun ouders) van 9 maanden tot 6 jaar met een verhoogd risico op gedesorganiseerde hechting of die signalen laten zien van verstoord hechtingsgedrag. Doel is het voorkomen of verminderen van gedesorganiseerde hechting. Tijdens gemiddeld vijf sessies wordt, met behulp van video feedback, psycho-educatie en huiswerkopdrachten, verstoring en beangstigend opvoedgedrag van de ouders afgeleerd en sensitief opvoedgedrag aangeleerd.

5.2.4 *Pleegouder-Pleegkind Interventie*

De Pleegouder-Pleegkind Interventie is bedoeld om de relatie van pleegouders met hun jonge pleegkind (0-4 jaar) te verbeteren door pleegouders te ondersteunen in het opbouwen van een relatie met het kind. In zes tweewekelijkse sessies leren zij met behulp van psycho-educatie en video-opnamen hoe zij het beste met hun pleegkind kunnen omgaan, zodat de kans op voortijdig afbreken van de pleegzorgplaatsing afneemt.

5.2.5 *Shantala Babymassage Individueel*

Shantala Babymassage Individueel richt zich op het verminderen van het risico op een onveilige gehechtheidsrelatie en het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind, door de sensitiviteit van de moeder tijdens de verzorging van de baby te vergroten. De interventie richt zich op moeders die een risico hebben op laag sensitief opvoedgedrag met een baby van 6 weken tot 9 maanden oud. De interventie combineert babymassage met opvoedingsvoorlichting en bestaat uit drie huisbezoeken van anderhalf uur die elke week plaatsvinden.



6 Conclusie

Kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie hebben betere sociaal-emotionele uitkomsten dan kinderen met een onveilige gehechtheidsrelatie.

Een onveilige gehechtheid is echter niet onomkeerbaar. Onderzoek naar de preventie en behandeling van een problematische gehechtheid laat duidelijk zien dat het bieden van een veilige en stabiele omgeving, met aanwezigheid van een emotioneel beschikbare hechtingsfiguur die gebruikt maakt van sensitief opvoedgedrag, een belangrijke bijdrage kan leveren aan het bewerkstelligen van een veilige gehechtheidsrelatie.

In Nederland zijn verschillende interventies beschikbaar die daarbij kunnen worden ingezet.

Onderzoek biedt ook wat aanknopingspunten voor werkzame elementen binnen die interventies: zo laten verschillende studies zien dat interventies vooral effectief zijn als zij starten als het kind ouder is dan 6 maanden en als zij gebruik maken van videofeedback. Kortdurende interventies (met minder dan 16 sessies) lijken daarbij het meest effectief, maar dit resultaat is niet eenduidig. Zo zijn er ook studies naar het voorkomen en verminderen van gedesorganiseerde gehechtheid, die juist positieve effecten vinden voor langdurige interventies. Meer onderzoek is nodig om nog beter inzicht te krijgen in de werkzame elementen binnen de preventie en behandeling van een problematische gehechtheid.



7 Literatuur

Ainsworth, M.D.S. en B.A. Wittig (1969). 'Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation'. In B. M. Foss (Ed.), *'Determinants of infant behavior'*, jaargang 4, p. 111-136. London, Methuen.

Abrahamse, M. E., Junger, M., van Wouwe, M. A., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2016). Treating child disruptive behavior in high-risk families: A comparative effectiveness trial from a community-based implementation. *Journal of child and family studies*, 25(5), 1605-1622.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Bakermans-Kranenburg, M.J., IJzendoorn, M.H. van, & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.

Bakermans-Kranenburg, M.J., IJzendoorn, M.H. van, & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216.

Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F. & Van IJzendoorn, M.H. (2015). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving "VIPP-SD"*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Barlow, J., Schrader- McMillan, A., Axford, N., Wrigley, Z., Sonthalia, S., Wilkinson, T., ... & Coad, J. (2016). Attachment and attachment- related outcomes in preschool children—a review of recent evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(1), 11-20.

Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2007). For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current directions in psychological science*, 16(6), 300-304.

Bowlby J. (1969). *Attachment en loss*. New York. Basic Books.

Chisholm, K. (1998). A three year follow- up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child development*, 69(4), 1092-1106.

Colonesi, C., Wissink, I. B., Noom, M. J., Asscher, J. J., Hoeve, M., Stams, G. J. J., ... & Kellaert-Knol, M. G. (2013). Basic trust: an attachment-oriented intervention based on mind-mindedness in adoptive families. *Research on Social Work Practice*, 23(2), 179-188.

Crijnen, A., Heijkant, S. van den, Struijff, E. & Timmermans, M. (2015). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'VoorZorg'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Doesum, K. van, Riksen-Walraven, J.M., Hosman, C.M.H., & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 79, 547-561.



Doesum, K. van (2016). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Ouder-baby interventie'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Doughty, C. (2007). *Effective strategies for promoting attachment between young children and their parents*. Christchurch, New Zealand: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA).

Dozier, M., Stoval, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child development*, 72(5), 1467-1477.

Facompré, C. R., Bernard, K., & Waters, T. E. (2018). Effectiveness of interventions in preventing disorganized attachment: A meta-analysis. *Development and psychopathology*, 30(1), 1-11.

Geeraert, L., Noortgate, W. van den, & Onghena, P. (2004). The effects of early programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis. *Child Maltreatment*, 9, 277-291.

Giltaij, H., Sterkenburg, P. S., Schuengel, C., Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). Gehechtheidsstoornissen. *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*, 127-144.

Giltaij, H. P. (2017). *Diagnostic Assessment of Attachment Related Disorders in Children with Intellectual Disability*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam

Gezondheidsraad (2018). De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's. Den Haag: Gezondheidsraad.

Hodges, J., & Tizard, B. (1989). Social and family relationships of ex- institutional adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 30(1), 77-97.

Ijzendoorn, M. H. van, & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). *Gehechtheid en trauma. Diagnostiek en behandeling voor de professionals*. Amsterdam: Hogrefe.

Juffer, F. (2010). *Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties. Inzichten uit gehechtheidsonderzoek*. Den Haag: Raad voor de Rechtspraak.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Ijzendoorn, M.H. van (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263-274.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van Ijzendoorn, M.H. (2017). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD): Development and meta-analytical evidence of its effectiveness. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Handbook of attachment-based interventions*. New York: Guilford.

Kerr, L., & Cossar, J. (2014). Attachment interventions with foster and adoptive parents: A systematic review. *Child Abuse Review*, 23(6), 426-439.

Kersten-Alvarez, L.E., Hosman, C.M.H., Riksen-Walraven, J.M., Doesum, K.T.M. van, & Hoefnagels, C. (2010). Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1160-1170.



Kersten- Alvarez, L. E., Hosman, C. M., Riksen- Walraven, J. M., Van Doesum, K. T., & Hoefnagels, C. (2011). Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta- analysis. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 362-376.

Mortensen, J. A., & Mastergeorge, A. M. (2014). A meta- analytic review of relationship- based interventions for low- income families with infants and toddlers: Facilitating supportive parent- child interactions. *Infant Mental Health Journal*, 35(4), 336-353.

Mountain, G., Cahill, J., & Thorpe, H. (2017). Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis. *Infant Behavior and Development*, 46, 14-32.

Polderman, N. (2016). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Basic Trustmethode'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Rutter, M., Sonuga-Barke, E.J., Beckett, C., Castle, J., Kreppner, J., Kumsta, R., ... & Gunnar, M.R. (2010). Deprivation-specific psychological patterns: Effects of institutional deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75,1 -252

Smyke, A.T., Zeanah, C.H., Gleason, M.M., Drury, S.S., Fox, N.A., Nelson, C.A., & Guthrie, D.G. (2012). A randomized controlled trial of foster care vs. institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169, 508-514.

Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., Steele, H., Hillman, S., & Asquith, K. (2008). Forecasting outcomes in previously maltreated children: The use of the AAI in a longitudinal adoption study. *Clinical applications of the adult attachment interview*, 427-451.

Sterkenburg, P. (2013). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Sterkenburg, P.S. (2008). *Intervening in Stress, Attachment and Challenging Behaviour: Effects in Children with Multiple Disabilities*. Bartiméus Reeks, Doorn.

Tizard, B., & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 19(2), 99-118.

Tizard, B., & Rees, J. (1975). The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four- year- old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16(1), 61-73.

Versteeg, K. (2016). *Een Studie naar de Effectiviteit van Basic Trust: een interventie gericht op Hechtingsproblematiek bij Adoptiegezinnen*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Wolff, M.S. de, Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P.S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2014). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Wright, B., Hackney, L., Hughes, E., Barry, M., Glaser, D., Prior, V., ... & Garside, M. (2017). Decreasing rates of disorganised attachment in infants and young children, who are at risk of



developing, or who already have disorganised attachment. A systematic review and meta-analysis of early parenting interventions. *PloS one*, 12(7), e0180858.

Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood—clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207-222.

Zeanah, C. H., Cheshier, T., Boris, N. W., Walter, H. J., Bukstein, O. G., Bellonci, C., ... & Hayek, M. (2016). 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*, 55(11), 990-1003.

Zeegers, M. A., Colonnese, C., Stams, G. J. J., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant–parent attachment. *Psychological bulletin*, 143(12), 1245.

