

Interventie

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)

Samenvatting

Doel

ITGG is gericht op een klinisch relevante vermindering van gedragsproblemen en het voor het eerst of opnieuw opbouwen van een gehechtheidsrelatie.

Doelgroep

ITGG is bedoeld voor kinderen (ouder dan 9 maanden en jonger dan 18 jaar) met meervoudige problematiek: ernstige verstandelijke (en/of visuele) beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag, bij wie sprake is van pathogene zorg. Eerdere interventies gericht op de dagelijkse begeleiding (o.a. aandacht, gedragstherapeutische aanpak) en leefsituatie (o.a. competentievergroting, aanpassingen in de omgeving) hadden geen gewenst effect. Ouders en begeleiders worden bij de interventie betrokken.

Aanpak

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

Materiaal

Behandelprotocol: Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2008). Behandelprotocol integratieve therapie gehechtheid en gedrag. In Braet, C. & Bögels, S. (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 409-424). Amsterdam: Boom.

DVD: Gehechtheid: een psychotherapeutische behandeling. http://www.bartimeus.nl/publicaties_shop_product/8951

Onderzoek effectiviteit

De resultaten van het wetenschappelijk onderzoek naar het effect van ITGG zoals beschreven in Sterkenburg & Schuengel (2010, 2011) toonden aan dat de ITGG-therapeut een veilige haven is in tijden van angst, stress en vermoeidheid. De cliënten toonden ten tijden van hoge sympathische en parasympathische arousal significant langere periodes van (zeer) actief nabijheid zoekend gedrag naar de experimentele therapeut dan naar de controletherapeut (Schuengel, Sterkenburg, Jeczynski, Janssen, & Jongbloed, 2009). De ITGG-therapeut bleek ook een veilige basis te zijn voor exploratie. Cliënten vertoonden bij de experimentele therapeut in Fase 1.1 en Fase 1.2 (Gehechtheidstherapie, Contact maken en Symbiose) meer exploratie van de behandelaar en in Fase 1.3 (Gehechtheidstherapie, Individualiteit) meer exploratie van objecten, dan bij de controletherapeut (Sterkenburg & Schuengel, 2010, 2011).

Cliënten scoorden aan het eind van de ITGG-behandeling significant lager op probleemgedrag (CEP) en vier van de zes cliënten vertoonden minder storend gedrag (SGZ). De behandeling had alleen effect op veelvoorkomende vormen van gedragsproblemen/storend gedrag (Sterkenburg, Janssen, & Schuengel, 2008a; Sterkenburg, Schuengel, & Janssen, 2008b).

Ontwikkeld door

Paula Sterkenburg
Uilenkamp 55

3972 XP Driebergen
Email: psterkenburg@bartimeus.nl
Telefoon: 0343-526596

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 04-10-2013

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen

Toelichting:

ITGG richt zich op een doelgroep waarvoor het aanbod nog beperkt is. Het materiaal biedt veel ruimte voor individuele aanpassingen aan ieder kind. 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.

De referentie naar dit document is:

Paula Sterkenburg

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

1. Toelichting naam van de interventie

Geen toelichting

2. Risico en/of probleem waar de interventie zich op richt

Aard

ITGG is gericht op het behandelen van ernstig probleemgedrag (zoals agressie tegen begeleiders, automutilatie, sterk teruggetrokken gedrag) bij kinderen met een ernstige verstandelijke (en visuele) beperking, waarin gangbare gedragstherapeutische methoden geen verbetering brachten. Het gaat om kinderen die hun tijd veelal afgezonderd van de groep doorbrengen, met één op één begeleiding.

Ernst

Kinderen met verstandelijke (en visuele) beperking(en) lopen als groep een hoog risico op gedrags- en psychiatrische stoornissen, drie keer hoger dan kinderen zonder verstandelijke beperking (Dekker, Koot, Van der Ende & Verhulst, 2002). Gehechtheidsproblematiek kan een reden zijn voor hardnekkige gedragsproblemen en problemen kunnen zeer langdurig en chronisch zijn. Zelfverwondend gedrag kan ernstige vormen aannemen zoals zichzelf knippen, slaan, krabben of bonken (tot bloedens toe).

Omvang/spreiding

Uit onderzoek is gebleken dat bijna 40% van de mensen met een verstandelijke beperking psychische problemen of gedragsproblemen heeft (Dekker & Koot, 2004). Over mensen met een visuele beperking zijn nauwelijks onderzoeksgegevens bekend. Er zijn wel aanwijzingen dat het aantal visueel beperkte kinderen met psychopathologie en psychische problemen veel groter is dan het aantal kinderen met psychopathologie en psychische problemen in de populatie zonder beperking (Eijden, 2004). Binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap is er een kleine groep met therapieresistente gedragsproblemen. De prevalentie hiervan is niet bekend.

Uit eigen onderzoek van Bartiméus (Arentz, Sterkenburg & Stolk, 2010) bleek dat in 60% van de onderzoeksrapporten over cliënten met zelfverwondend gedrag sprake was van problemen rondom gehechtheid. Problematiek ten aanzien van gehechtheid zou niet alleen ten grondslag kunnen liggen aan de verstoorde ontwikkeling, in ernstige gevallen zou die problematiek er ook aan kunnen bijdragen dat cliënten niet meer te beïnvloeden zijn door middel van sociale goedkeuring (aanmoedigingen) of afkeuring (onbereikbaar worden). Dit beperkt de mogelijkheden voor het geven van gedragstherapie, juist omdat daarbij bij voorkeur wordt gewerkt met sociale gedragsbeïnvloeding.

Gevolgen

Zonder ingrijpen zullen deze kinderen gedrags- en psychiatrische stoornissen behouden, minder gebaat zijn bij reguliere gedragstherapeutische behandeling en zullen zij symptomen van ontredde blijven vertonen. Ernstig beperkende maatregelen zullen voortduren. Zo had één van de kinderen uit het eerder genoemde onderzoek negen jaar lang, voorafgaand aan de start van de behandeling, armkokers om hem te beschermen tegen ernstig zelfverwondend gedrag.

3. Doel van de interventie

Het hoofddoel van ITGG is een klinisch relevante vermindering van gedragsproblemen en het voor het eerst of opnieuw opbouwen van een gehechtheidsrelatie.

Concreet betekent dit:

- . De cliënt laat in plaats van probleemgedrag, nieuw gewenst gedrag zien. Er is aan het eind van de behandeling nagenoeg geen sprake meer van zelfverwondend gedrag en agressie naar anderen.
- . De cliënt zoekt tijdens momenten van stress of ongemak hulp, ondersteuning of troost bij de dagelijkse begeleider of ouders.
- . De cliënt onderneemt activiteiten waarvan hij/zij geniet en waardoor de cliënt zich verder kan ontplooien.

Doelen per fase van ITGG:

Fase 1: Aan het eind van fase 1 (gehechtheidstherapie), ongeveer 4 maanden na de start van de interventie, is er een gehechtheidsrelatie tussen de cliënt en de behandelaar opgebouwd en zal de cliënt hulp, ondersteuning of troost zoeken bij de behandelaar en ook activiteiten gaan ondernemen die eerst niet mogelijk waren.

Fase 2: Aan het eind van fase 2 (gedragstherapie), ongeveer 6 maanden na de start van de interventie, laat de cliënt in plaats van probleemgedrag nieuw gewenst gedrag zien.

Fase 3: Aan het eind van fase 3 (generalisatie), ongeveer 10 maanden na de start van de interventie, zoekt de cliënt hulp, ondersteuning of troost bij de dagelijkse begeleider of ouder en onderneemt de cliënt activiteiten waarvan de cliënt kan genieten en waardoor de cliënt zich verder kan ontplooien.

4. Doelgroep van de interventie

Voor wie is de interventie bedoeld

ITGG is bedoeld voor kinderen (jonger dan 18 jaar) met meervoudige problematiek: ernstige verstandelijke (en/of visuele) beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag. Het is bedoeld voor kinderen bij wie eerdere interventies gericht op de dagelijkse begeleiding en leefsituatie niet effectief zijn gebleken en bij wie sprake is van pathogene zorg. Met pathogene zorg wordt bedoeld dat er sprake is geweest van emotionele of fysieke verwaarlozing of mishandeling en/of dat het kind veel wisseling heeft gehad van vaste verzorgers waardoor het kind geen stabiele gehechtheidsrelatie met zijn verzorger kon opbouwen.

Ouders en begeleiders zijn in de derde fase (generalisatie en afronding) betrokken.

Indicatie- en contra-indicatiecriteria

Indicatiecriteria zijn

- Leeftijd van ongeveer 9 maanden tot 18 jaar.
- Het kind heeft een ernstige verstandelijke beperking (IQ 20 tot 40).
- Er is sprake van verstoorde gehechtheid. Indien de diagnostiek gedaan is zoals beschreven in Dekker - Van der Sande en Janssen (2010) dan komt het kind in aanmerking voor de behandeling bij een score hoger dan 24 voor verstoord gehechtheidsgedrag.
- Er is sprake van gedragsproblemen. Kinderen met ernstige, hardnekkige gedragsproblemen: een score van 3 of 4 zoals blijkt uit een hoge score op het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag - CEP, Nationaal Ziekenhuisinstituut (Kramer, 2001). Met behulp van een goede functionele analyse (ABC-analyse) van het probleemgedrag door de gedragsdeskundige zijn andere mogelijke oorzaken voor probleemgedrag, bijvoorbeeld medische oorzaken, uitgesloten.

Zowel bij de start als aan het einde van de behandeling worden de 'Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag' (VOG, Koot & Dekker, 2001), de Storend Gedragschaal-Z (SGZ: Kraijer & Kema, 1994) en/of het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP; Kramer, 2001) afgenomen. Ook worden de gedragsproblemen voorafgaand aan de behandeling, voor het starten van de gedragstherapie en aan het eind van de behandeling op observatielijsten gescoord. De scores voor probleemgedrag, zoals gescoord op de gestandaardiseerde lijsten en de observatielijsten voorafgaand aan de behandeling, worden vervolgens vergeleken met de scores aan het eind van de behandeling.

Contra-indicatiecriteria

- De cliënt is extreem gevoelig voor de lichtste aanraking (hypersensitiviteit voor aanraking / tactiele afweer).
- Er is sprake van een instabiel opvoedings- en begeleidingsstelsel dat wil zeggen dat er voor een langere tijd geen personen zijn met wie de cliënt een gehechtheidsrelatie kan opbouwen.

Setting

ITGG kan zowel in de thuissituatie (ook pleegzorg- / adoptiegezin) als in een groepswoning worden aangeboden.

5. Aanpak

Opzet van de interventie

ITGG is een gefaseerde psychotherapeutische behandeling, waarbij elke fase een specifieke functie heeft, en afhankelijk is van succes in de voorgaande fase. In de eerste fase wordt door middel van intensief contact (opnieuw of voor het eerst) een gehechtheidsrelatie opgebouwd met de cliënt. Deze fase is opgebouwd uit drie subfasen namelijk: 'bonding en contact maken', 'symbiose' en 'stimulatie tot individualiteit'. De tweede fase is gedragstherapie en de derde fase bestaat uit generalisatie en

afronding, waarbij ouders en begeleiders betrokken worden.

De behandeling bestaat uit drie sessies van een uur per week en wordt in de dagelijkse leefomgeving van het kind aangeboden, op een plaats met weinig omgevingsgeluiden en waar het kind zich veilig en prettig voelt. Gedurende de behandelingsperiode van ongeveer één jaar ondersteunen de primaire verzorgers het kind. Duur van de fasen is flexibel. Indien aan de criteria voor iedere (sub)fase is voldaan kan de stap naar de volgende (sub)fase worden gemaakt, met fase 1 ongeveer vier maanden, fase 2 ongeveer twee maanden en fase 3 vier tot zes maanden.

Inhoud van de interventie

Fase 1.1: Bonding - Contact maken

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

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

Langzaam gaat de therapeut meer initiatieven nemen. De therapeut vergroot de bewegingen die de cliënt maakt zodat uiteindelijk het gehele lichaam wordt gebruikt tijdens bewegingen. Ritmische bewegingen en taalgebruik nemen toe. Er wordt aandacht besteed aan speelsheid in de relatie bijvoorbeeld door variatie in stemgebruik (hard - zacht, hoog - laag, snel - langzaam).

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

Fase 1.2: Symbiose - veilige gehechtheid

Alle geluiden en woorden worden geïmiteerd en gedrag wordt gespiegeld. Complete synchroniciteit wordt bereikt als de therapeut op het gedrag van de cliënt heeft leren anticiperen. Dit wil zeggen: de therapeut beweegt mee met de cliënt in de richting waarin de cliënt, naar verwachting, zal bewegen. Door de symbiose durft de cliënt meer initiatieven te nemen. De therapeut reageert daar vervolgens positief op wat extra bekrachtiging en acceptatie biedt.

Fase 1.3: Stimulatie tot individualisatie

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

Fase 2: Gedragstherapie

Fase 2 is gericht op het aanleren van nieuw gewenst gedrag als vervanging voor de ongewenste gedragingen die het functioneren in groepsverband en het opbouwen van relaties met de dagelijkse opvoeders nog in de weg staan, zoals knijpen, bonken, slaan, schoppen, schreeuwen. Met de opvoeders/begeleiders worden de situaties in kaart gebracht waarin het probleemgedrag zich voordoet, door te analyseren wat aan het probleemgedrag vooraf gaat en welke gevolgen het gedrag heeft voor de cliënt (Antecedent-Behavior-Consequent [ABC] analysis). Deze analyse richt zich op dagelijkse situaties in de leefomgeving van de cliënt, bijvoorbeeld tijdens vrije tijd, tijdens sociale interactiemomenten of tijdens dagelijkse verzorging. Deze analyse leidt tot een hypothese omtrent de functie of betekenis van het ongewenste gedrag en de gevolgen die het gedrag bekrachtigen en in stand houden. Voor alle probleemgedragingen wordt de functieanalyse herhaald. Wanneer de functie/betekenis van het probleemgedrag bekend is worden alternatieve/gewenste gedragingen met dezelfde functie/betekenis voor de cliënt gezocht, in overleg met de dagelijkse opvoeders. Vervolgens richt de therapeut zich op het aanleren van deze alternatieve gedragingen. Voor de bekrachtiging van het gewenste gedrag gebruikt de therapeut sociale beloning door middel van affectieve aanrakingen (klopjes en knuffels), knikken/glimlachen en complimenten (met speciale aandacht voor intonatie). Hoe het gewenst gedrag zal worden aangeleerd wordt in een gedragstherapieplan uitgewerkt.

Ongewenst gedrag wordt genegeerd of, alleen als de cliënt zichzelf of de therapeut dreigt te beschadigen, tegengehouden.

Fase 3: Generalisatie en afronding

De dagelijkse begeleiders/opvoeders spelen een belangrijke rol in de generalisatie, omdat zij met het aanbieden van materialen, activiteiten en contactmogelijkheden moeten aansluiten bij de ontwikkeling van de cliënt tijdens de therapie. Het afbouwen van de psychotherapie gaat daarom gepaard met het begeleiden van de interactie tussen de opvoeders/begeleiders en de cliënt in zijn of haar dagelijkse omgeving. Hierbij worden de volgende richtlijnen aangehouden:

. Behandelaar - Cliënt: Er is een geleidelijke afbouw van drie keer per week naar eerst één keer per week, vervolgens twee keer per maand en daarna één keer per maand. De afbouw is afhankelijk van hoe de cliënt reageert. Voorop staat een geleidelijke afbouw.

. Opvoeders/begeleiders - Cliënt: De behandelaar gebruikt zijn of haar kennis van de cliënt om de dagelijkse opvoeders/begeleiders te ondersteunen in communicatie, het bieden van duidelijkheid, voorspelbaarheid en stimulatie. In Fase 3 is er zo nodig een overlegmoment met opvoeders/begeleiders waarin deze punten worden besproken.

. Behandelaar - Opvoeders/begeleiders: De behandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor het bestendigen van het therapie-effect geleidelijk aan over aan de dagelijkse opvoeders/begeleiders. De behandelaar maakt daarnaast duidelijk dat hij/zij beschikbaar is voor ondersteuning en advies. In Fase 3 is er iedere maand een overlegmoment met opvoeders/begeleiders.

Rol van omgeving

De therapie wordt in een periode van ongeveer één jaar op de woning van de cliënt aangeboden. Van de omgeving wordt verwacht de cliënt van te voren eten/drinken te geven en na afloop van de behandeling 'op te vangen'. Met andere woorden om dan te gaan eten of een andere ontspannende activiteit te doen, juist omdat de therapie zo intensief is (tijdens de therapie wordt geen eten/drinken aangeboden).

Bij de laatste fase van de behandeling geeft de therapeut interactiebegeleiding aan de opvoeders/begeleiders om hen te ondersteunen bij het verdiepen van de relatie met de cliënt. In Fase 3 is er iedere maand een overleg moment met opvoeders/begeleiders.

Casus: Daniël (anoniem: voorbeeld van een cliënt (participant) van het wetenschappelijk onderzoek).

Daniël is een jongen van tien jaar, hij is blind en heeft een ernstige verstandelijke beperking. Hij is in Afrika geboren en is geadopteerd. Hij kan heel hard huilen, schreeuwen, slaan en bijten. Zijn begeleiders weten niet meer hoe zij hem kunnen troosten of gerust kunnen stellen. Met geen enkele begeleider heeft Daniël een speciale band. In het verleden is gedragstherapeutische interventie aangeboden, zonder succes. Het enige dat begeleiders nu tijdens zulke 'buien' kunnen doen, is hem isoleren. Tijdens de ITGG-sessies stelt de ITGG-therapeut Daniël steeds gerust wanneer hij zo druk is, schreeuwt, slaat en schopt. De therapeut is troostend en begripvol. Opvallend is dat Daniël langzaam de nabijheid van de ITGG therapeut accepteert, haar handen pakt of aan haar gezicht, mond en haar voelt. Er is significant meer gerichtheid naar de ITGG-therapeut dan naar de controletherapeut. Er is tijdens de ITGG veel aandacht voor het benoemen van gevoelens en het geruststellen. De ITGG-therapeut merkt dat Daniël langzaam meer interesse gaat tonen in zijn omgeving. Objecten (bijvoorbeeld ballen met geluidjes) worden dan aangeboden om zo ook het ontwikkelen van objectpermanentie (het beseft dat objecten blijven bestaan ook als je het object niet ziet) te stimuleren. Zijn schreeuw en slaan 'buien' worden steeds minder en er is steeds meer ruimte voor spelen. De ITGG-therapeut lijkt een veilige haven te zijn geworden in tijden van angst, stress en vermoeidheid, én een veilige basis voor exploratie. Nu gaat Daniël naar het speciaal onderwijs (aanvankelijk was alleen dagbesteding mogelijk). Hij ontwikkelt zich op alle gebieden: zowel lichamelijk, emotioneel als cognitief (casus beschrijving in: Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C., 2010, 2011).

6. Materialen en links

Nederlands protocol: Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2008). Behandelprotocol integratieve therapie gehechtheid en gedrag. In Braet, C. & Bögels, S. (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 409-424). Amsterdam: Boom.

DVD: Gehechtheid: een psychotherapeutische behandeling. http://www.bartimeus.nl/publicaties_shop_product/8951

Er is ook een Engelstalig protocol, DVD en trainingsmaterialen.

7. Verantwoording van de doelen, de doelgroep en de aanpak

ITGG is gericht op een klinisch relevante vermindering van gedragsproblemen en het voor het eerst of opnieuw opbouwen van een gehechtheidsrelatie bij jeugdigen met meervoudige problematiek: zij hebben zowel een ernstige verstandelijke (en/of visuele) beperking als ernstige problemen met gehechtheid en gedrag. Bij mensen met een verstandelijke beperking is er een hoger risico voor gehechtheidsproblematiek (Schuengel & Janssen, 2006). Allereerst komt dit doordat mensen met ernstige verstandelijke beperkingen door hun cognitieve beperking moeilijk met stress kunnen omgaan en in stressvolle situaties geen veilige basis kunnen vinden bij de gehechtheidsfiguur die een emotieregulerende functie heeft in tijden van stress (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002). Ten tweede geldt dat 68% van de mensen met een ernstige verstandelijke beperking ook een

visuele beperking heeft (Van Genderen, Gunther & Raemaekers, 2004). Ook een visuele beperking vormt een risico op gehechtheidsproblematiek. Kinderen met een visuele beperking verwerven later de vaardigheden om bekenden en vreemden te onderscheiden en kunnen pas later interne voorstellingen maken van de ruimte om hen heen. Hierdoor duren separatieangst en de angst voor vreemden langer en manifesteren deze zich heftiger dan bij ziende kinderen (Gringhuis, Moonen & Van Woudenberg, 1996; Egan, 1979). Tot slot groeien sommige kinderen met ernstige beperkingen op met zoveel wisselende opvoeders, communicatieve beperkingen, en soms inadequate zorg, dat ze geen gelegenheid krijgen om gehechtheidsrelaties te ontwikkelen. Deze kinderen zijn, naarmate ze ouder worden, steeds moeilijker te bereiken. In hun sociale isolement doet de goed- of afkeuring van hun opvoeders en verzorgers hen nog maar weinig, waardoor hun gedrag niet meer goed bij te sturen is. Hun isolement en achterstand wordt daardoor alleen nog maar vergroot en stress neemt steeds toe omdat het kind niet met de problemen van alledag bij een gehechtheidsfiguur terecht kan. Agressie naar anderen of zichzelf kan een uitlaatklep of afleiding worden bij spanning, verdriet, stress, of verveling. Langzaam maar zeker kan de ernst van het probleemgedrag excessieve vormen aannemen en moet het kind tegen zichzelf worden beschermd door, in de meest ernstige situaties, vrijheidsbeperkende maatregelen. Nog minder contact met de buitenwereld is het gevolg, en het kind raakt meer geïsoleerd en ontwikkelt ernstige gedragsproblemen (Schuengel & Janssen, 2006).

Of de geïsoleerdheid en ernstige gedragsproblemen te doorbreken zijn door een gehechtheidsrelatie op te bouwen en op basis daarvan het gedrag en het contact met de dagelijkse verzorgers te verbeteren, is onderzocht bij kinderen met een visuele én ernstig verstandelijke beperking (geen autisme) tot 18 jaar met een ontwikkelingsleeftijd ouder dan 10 maanden (Sterkenburg, 2008). Kinderen kwamen in aanmerking bij wie de gedragsproblemen uitzichtloos waren, en bij wie sprake was van een geschiedenis van verstoorde gehechtheid. De gehechtheidstherapeut bleek een bufferende werking te hebben tegen stress. Het bleek inderdaad mogelijk om een gehechtheidsrelatie op te bouwen en tijdens momenten van stress (aanleren van nieuwe vaardigheden) lieten de cliënten minder stress zien bij de gehechtheidsfiguur dan bij de controletherapeut. De gehechtheidstherapeut was effectiever in het aanleren van nieuw gewenst gedrag dan de controletherapie. Gedragsproblemen waren aan het eind van de behandeling vergeleken met de start van de behandeling significant afgenomen.

Welke vormen van behandeling zijn mogelijk voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking met gehechtheidsproblematiek? Er zijn drie invalshoeken denkbaar voor de behandeling: (1). ondersteuning van de opvoeder of dagelijks begeleider zodat zij zelf de behandeling aanbieden, (2). behandelen van de opvoeder/begeleider-cliënt dyade, en/of (3). de gz-psycholoog behandelt de cliënt (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2005).

1. Mediërende therapie waarin de opvoeder onder begeleiding van de behandelaar intervenueert. Behandeling via de opvoeder/begeleider kan alleen plaatsvinden indien de begeleider emotioneel beschikbaar is, de mogelijkheid heeft om op emoties te reflecteren en op een sensitieve en responsieve wijze op het kind /de cliënt kan reageren. Er mag bij de begeleider geen sprake zijn van hoge stress, omdat de begeleider zich dan onvoldoende kan richten op het kind en onvoldoende sensitief en responsief kan reageren. De interventie is gericht op relatieopbouw en op het aanleren van gewenst gedrag. Gemedieerde therapie lijkt effectief te zijn (Dozier, Highley, Albus & Nutter, 2002; Dosen, 1990; Dosen & Day, 2001).

2. Een gehechtheidsrelatie wordt opgebouwd (of versterkt) wat positief werkt voor de stress regulatie en kwaliteit van leven van het kind. Door die opgebouwde gehechtheidsrelatie is de gehechtheidsfiguur ook een 'rolmodel' en een 'buffer voor stress' die invloed heeft op het kind door belonen van gewenst en afkeuren van ongewenst gedrag (Schuengel, De Schipper & Sterkenburg, 2003).

3. In ernstige gevallen, als het niet mogelijk is om te werken via ouders of begeleiders, kan een gz-psycholoog trachten zelf een gehechtheidsrelatie met de cliënt op te bouwen. Omdat kinderen met meerdere mensen tegelijk gehechtheidsrelaties kunnen onderhouden (Juffer, 1993), kan de gz-psycholoog na het opbouwen van een gehechtheidsrelatie werken aan het verbreden van het netwerk van gehechtheidsrelaties.

ITGG is ontwikkeld omdat de gedragsproblemen van het kind / de cliënt zo ernstig zijn dat behandeling door de opvoeder, met wie de relatie verstoord is, niet meer mogelijk is. Eerdere interventies gericht op de dagelijkse begeleiding (o.a. aandacht, gedragstherapeutische aanpak) en leefsituatie (o.a. competentievergroting, aanpassingen in de omgeving) zijn bij hen niet effectief gebleken waardoor een intensieve aanpak noodzakelijk is. Omdat er sprake is van pathogene zorg is de eerste fase van ITGG gericht op het ontwikkelen van een gehechtheidsrelatie. De stappen van de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie zoals beschreven door Bowlby (1984) worden in fase 1 gevolgd. Gedurende fase 2 wordt door de behandelaar nieuw gewenst gedrag aangeleerd (leertheorie) omdat de interventie ook gericht is op het verminderen van gedragsproblemen. Fase 3 is gericht op het bevorderen van sociale interactie tussen het kind en zijn opvoeders. Vanuit de gehechtheidstheorie weten we dat het opbouwen van gehechtheidsrelaties met meer dan één opvoeder plaatsvindt (Juffer, 1993). Een gefaseerde behandeling is gewenst omdat de gehechtheidsrelatie de stress reduceert en het kind / de cliënt vervolgens nieuw gewenst gedrag kan aanleren (Schuengel et al., 2009). Omdat er geen gehechtheidsrelatie met iemand is, zal de behandelaar eerst de relatie moeten opbouwen, vervolgens kan de behandelaar zich richten op het aanleren van nieuw gewenst gedrag. Door die opbouw van de gehechtheidsrelatie kunnen gedragsproblemen worden verminderd doordat de relatie een buffer is tegen stress (Schuengel et al., 2009).

Voor de wetenschappelijke onderbouwing van ITGG (Sterkenburg, 2008) waren cliënten met autisme uitgesloten door een ervaren psychiater. In de praktijk zal het uitsluiten van autisme door een psychiater niet altijd mogelijk zijn. Autisme is daarom geen contra indicatie.

ITGG kan tevens worden aangeboden voor migranten met een ernstige verstandelijke beperking. Tijdens het wetenschappelijk onderzoek van Sterkenburg (2008) heeft ook een adoptiekind uit Afrika en een kind van vluchtelingouders uit Azië meegedaan. Bij deze kinderen zijn soortgelijke resultaten gevonden als bij de van oorsprong Nederlandse kinderen. Geen aanpassingen in het behandelprotocol waren vereist.

8. Samenvatting van de onderbouwing

ITGG heeft als uiteindelijk doel het voor het eerst of opnieuw opbouwen van een gehechtheidsrelatie en een klinisch relevante vermindering van gedragsproblemen bij kinderen met meervoudige problematiek. Om dit te bewerkstelligen wordt nieuw gewenst gedrag aangeleerd. De behandeling is gefaseerd, waarbij de therapeut eerst de gehechtheidsproblematiek aanpakt, vervolgens gedragsmodificatie toe-past en dit tot slot generaliseert.

9. Randvoorwaarden voor uitvoering en kwaliteitsbewaking

Eisen ten aanzien van opleiding

Uitvoerend medewerkers dienen de RINO cursus 'Basiscursus Gehechtheidstherapie' succesvol afgerond te hebben. Deze training bestaat uit tien dagdelen en is bestemd voor gedragswetenschappers (orthopedagogen, pedagogen, psychologen, gz-psychologen, orthopedagoog-generalisten) die werken met kinderen met een ernstige verstandelijke (en visuele beperking) met persistente gedragsproblemen.

Vervolgens is er een praktijkcursus. De praktijkcursus bestaat uit 12 bijeenkomsten, individueel of in een groep, van twee á drie cursisten. Deze bijeenkomsten vinden maandelijks gedurende één jaar plaats. Duur: 1½ uur per individuele bijeenkomst of 3 uur per groepsbijeenkomst.

Beide trainingen zijn een vereiste.

Protocol / handleiding

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

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

Het gehele protocol is uitvoerig uitgeschreven in: Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2008). Behandelprotocol integratieve therapie gehechtheid en gedrag. In Braet, C. & Bögels, S. (Eds.), Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten (pp. 409-424). Amsterdam: Boom.

Er is een DVD Gehechtheid: een psychotherapeutische behandeling. http://www.bartimeus.nl/publicaties_shop_product/8951

RINO training Basiscursus gehechtheidstherapie (B1235) <http://www.rinogroep.nl/B1235>

Via de website www.bartimeus.nl/gehechtheid kan materiaal worden gevonden m.b.t. de behandeling en theoretische informatie. Er zijn diverse links waar materialen kunnen worden gedownload die de trainers kunnen ondersteunen bij het geven van de training.

Er is een uitgebreide e-learning DVD die gebruikt wordt tijdens de training.

Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

Training wordt aangeboden via de RINO Groep. Accreditatie is van NIP en NVO ontvangen voor het volgen van de cursus. De cursus wordt aan het eind (na tien dagdelen) geëvalueerd. Er wordt gebruik gemaakt van een evaluatievragenlijst die binnen de RINO Groep wordt gebruikt. De lijsten worden anoniem ingevuld en verstuurd naar de RINO Groep.

Kosten

2012:

De kosten van de trainingen zijn: 1. 'Basiscursus Gehechtheidstherapie' = € 1.060 incl. reader en lunch, excl. boeken en 2. De praktijkcursus = € 1140,00 euro.

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

10. Onderzoek naar de uitvoering van de interventies

Uit: Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2011).

Het gaat om een kleine, diverse groep cliënten. De experimentele toetsing van het behandelingseffect vond daarom plaats op casusniveau, bij zes cliënten die daarvoor waren aangemeld door behandelaars van Bartiméus of door het consulenteentteam voor de regio Utrecht/Noord-Holland. Het onderzoeksontwerp was gebaseerd op gebruikelijke methoden voor onderzoek naar effecten van gedragstherapie bij mensen met verstandelijke beperkingen, waarbij op casusniveau het effect van therapie wordt afgemeten aan veranderingen over langere tijd in gedrag, volgend op de aanvang van therapeutische condities. Het behandelingseffect werd vastgesteld aan de hand van dagelijkse rapportages en wekelijkse observaties gedurende de behandeling van 6 tot 9 maanden. Hierdoor konden binnen elke cliënt veranderingen worden vastgesteld, en worden gerelateerd aan de verschillende fasen van de ITGG (door middel van een multiple baseline design) en door vergelijkingen te maken tussen sessies met de therapeut die ITGG toepaste en een controletherapeut die alleen positieve aandacht gaf (door middel van een alternating treatments design). Bij het onderzoek waren twee psychotherapeuten betrokken. Therapeut A was bij drie cliënten de ITGG-therapeut en bij de drie andere cliënten de controletherapeut en voor therapeut B was dit net omgekeerd.

De therapieessies met de ITGG-therapeut en de controletherapeut werden opgenomen op video, en gedragingen werden gescoord door onafhankelijke codeurs die onwetend werden gehouden van de fase van therapie en de conditie. Hieruit bleek dat de ITGG-therapeut al snel significant meer gehechtheidsgedrag ontlokte bij de kinderen dan de controletherapeut. Dat de ITGG-therapeut ook daadwerkelijk fungeerde als veilige basis voor de kinderen bleek tijdens de fase van de gedragstherapie. Dat is een stressvolle fase, waarin situaties worden opgezocht die voor het kind moeilijk zijn en daardoor aanleiding geven tot probleemgedrag. De ITGG-therapeut en de controletherapeut voerden een identiek gedragstherapie-protocol uit, dat voor elk individueel kind was opgesteld. Uit psychofysiologische metingen tijdens de sessies, gebaseerd op hartslagmaten, kon worden opgemaakt dat de gedragstherapie met de ITGG-therapeut aanzienlijk minder stressvol was dan met de controletherapeut (Schuengel et al., 2009).

Daarnaast bleek dat alle cliënten minder gedragsproblemen lieten zien aan het eind van de behandeling vergeleken met het begin van de behandeling zowel tijdens de therapieessies als in de dagelijkse leefomgeving. Dit positieve effect bleek uit de begin- en einddiagnose aan de hand van het consensusprotocol (CEP) (Kramer, 2001), de Storend Gedragschaal-Z (SGZ) (Kraijer & Kema, 1994), de dagelijkse observatielijsten en de onafhankelijke observaties van de therapieessies. Reeds in de eerste fase van de therapie was het probleemgedrag aanzienlijk verminderd, en de daling werd vervolgd in de 2de en 3de fase van de behandeling. De ITGG-therapeut bleek effectiever dan de controletherapeut aangezien de cliënten significant meer gewenst gedrag vertoonden tijdens de gedragstherapieessies door de ITGG-therapeut. Hieruit kan worden opgemaakt dat ITGG bij deze kinderen effectiever was dan alleen gedragstherapie door een therapeut met wie het kind weliswaar vertrouwd was, maar met wie het geen gehechtheidsrelatie had opgebouwd (Sterkenburg, et al., 2008b).

11. Nederlandse effectstudies

Studies naar de effectiviteit van de interventie in Nederland

Deelstudies zoals beschreven in proefschrift: Sterkenburg, P.S. PhD. 3/10/2008: *Intervening in Stress, Attachment and Challenging Behaviour: Effects in Children with Multiple Disabilities*. Bartiméus Reeks, Doorn.

Onderzoeksvragen van de deelstudies:

- Wat is het effect van ITGG op de gedragsproblemen?
- Wat is het effect van ITGG op de exploratiegedrag?
- Zijn er gedragingen en gedragsveranderingen aantoonbaar die verwijzen naar het tot stand komen van een gehechtheidsrelatie en blijkt die gehechtheidsrelatie stressregulerend te zijn?
- Heeft ITGG meer effect dan alleen gedragstherapie?
- Is de behandeling ITGG bij beide therapeuten die de behandeling aanbieden effectief (zodat het resultaat niet persoonsafhankelijk is)?

Participanten

6 cliënten van 18 jaar en jonger, met een visuele en ernstig verstandelijke beperking, met ernstig probleemgedrag én met een verstoorde gehechtheidsontwikkeling. Cliënten bij wie de diagnose 'Autisme' was uitgesloten.

Procedure

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)

. Fase 1: Gehechtheidstherapie gedurende de eerste 5 tot 6 maanden

o Fase 1.1. Contact maken

- o Fase 1.2. Symbiose
- o Fase 1.3. Individualie
- . Fase 2: Gedragsmodificatie met alleen positieve sociale beloning
- . Fase 3: Generalisatie en afronding

Design

Multiple-baseline-design met vergelijkbare groepen. Twee therapeuten die wisselden in de rol van gehechtheidstherapeut of controletherapeut.

Fase 1: Therapeut A = gehechtheidstherapeut en Therapeut C = controle therapeut (alleen positieve aandacht).

Fase 2: Beide therapeuten bieden dezelfde gedragsmodificatie.

Methode

- . Observatielijsten voor bepaling van gedragsproblemen, dagelijks en per uur gescoord door begeleiders.
- . VU University - Ambulant Monitoring System (VU-AMS) voor het bepalen van parasympathische en sympathische reactiviteit. Wekelijkse metingen tijdens de sessies.
- . Noldus-computerprogramma 'The Observer' door onafhankelijke beoordelaars gescoord. De videobanden van de therapie- en controle sessies waren gescoord op schalen met hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en gecontroleerd op 'drift'. Schalen voor: gedragsproblemen, gewenst gedrag, gehechtheidsgedrag (nabijheidzoekend -, vermijdend -, afwerend - en contact handhavend gedrag) en beweging tijdens sessies. Cortisol metingen voor bepaling van cortisol dagcurve (meten van stress niveau).

Resultaten

- . Op de dagelijks gescoorde observatielijsten is een vermindering van de intensiteit en frequentie van gedragsproblemen bij de cliënten waar te nemen. Aan het eind van de interventie zijn er minder gedragsproblemen op de CEP (pone-sided < 0.034) en SGZ (pone-sided < 0.059) (Sterkenburg, Janssen, & Schuengel, 2008a).
- . De cliënten laten significant (combined η^2 deviation = 25.34, $p < .025$) meer gewenst gedrag zien bij de gehechtheidstherapeut dan bij de controle/gedragsstherapeut, door onafhankelijke beoordelaars m.b.v. het Noldus computerprogramma 'The Observer' (Sterkenburg, Janssen, & Schuengel, 2008a).
- . De cliënten tonen significant minder stress (Fase 2: $F=7.15$, $df = 1.69$, $p < .01$) tijdens de gedragstherapie (Fase 2) bij de gehechtheidstherapeut dan bij de controletherapeut (Schuengel, Sterkenburg, Jeczynski, Janssen, & Jongbloed, 2009).
- . Tijdens momenten van stress in de latere fases van de gehechtheidstherapie (1.2 en 1.3) laten cliënten significant meer en kwalitatief hoger (scores 3 en 4) nabijheidzoekend gedrag zien bij de gehechtheidstherapeut dan bij de controletherapeut. (Schuengel, Sterkenburg, Jeczynski, Janssen, & Jongbloed, 2009).
- . Aan het eind van de behandeling vertonen cliënten een meer 'typische' cortisol dagcurve (Sterkenburg, Janssen & Schuengel, under review).
- . ITGG is bij beide therapeuten effectief (Sterkenburg, Janssen, & Schuengel, 2008a).
- . De cliënten laten significant meer exploratie gedrag zien bij de gehechtheidstherapeut dan bij de controle therapeut, door onafhankelijke beoordelaars m.b.v. het Noldus computerprogramma 'The Observer' (Sterkenburg & Schuengel, 2011).

De onderzoeksresultaten laten zien dat de cliënten minder gedragsproblemen en meer exploratie gedrag hebben. ITGG is voor deze groep cliënten een effectievere behandeling dan alleen gedragstherapie. De behandeling is effectief doordat de cliënten tijdens de behandeling door de gehechtheidstherapeut meer affectregulatie laten zien. De gehechtheidstherapeut lijkt een buffer te zijn voor stress. Doordat de cliënten minder stress ervaren en minder gedragsproblemen laten zien zijn er meer mogelijkheden voor het aangaan van relaties met anderen. ITGG draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van deze cliënten.

Samenvatting Nederlandse effectstudies

Auteurs: Sterkenburg, P.S., Janssen, C.G.C. & Schuengel, C.

Jaar: 2008a

Onderzoekstype: Multiple case study

Belangrijkste resultaten: Significant minder gedragsproblemen

Bewijskracht van het onderzoek: 5 vrij sterk

Resultaten effectiviteit: 1

Auteurs: Sterkenburg, P.S., Schuengel, C. & Janssen, C.G.C.

Jaar: 2008b

Onderzoekstype: Single case study

Belangrijkste resultaten: Significant minder gedragsproblemen

Bewijskracht van het onderzoek: 5 vrij sterk

Resultaten effectiviteit: 1

Auteurs: Schuengel, C., Sterkenburg, P.S., Jeczynski, P., Janssen, C.G.C., & Jong-bloed, G.

Jaar: 2009

Onderzoekstype: *Multiple case study*

Belangrijkste resultaten: Er is een gehechtheidsrelatie deze relatie is stressregulerend. ITGG heeft significant meer effect dan controle therapie. ITGG is persoonsafhankelijk (2 behandelaren)

Bewijskracht van het onderzoek: 5 vrij sterk

Resultaten effectiviteit: 1

Auteurs: Sterkenburg, P.S., Janssen, C.G.C., & Schuengel, C.

Jaar: under review (zie proefschrift Sterkenburg, 2008)

Onderzoekstype: *Multiple case study*

Belangrijkste resultaten: ITGG is stressregulerend.

Bewijskracht van het onderzoek: 5 vrij sterk

Resultaten effectiviteit: 1

Auteurs: Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C.

Jaar: 2011

Onderzoekstype: *Multiple case study*

Belangrijkste resultaten: Significant meer exploratie gedrag aan het eind van fase 1 van ITGG.

Bewijskracht van het onderzoek: 5 vrij sterk

Resultaten effectiviteit: 1

12. Buitenlandse effectstudies

Er zijn geen studies die de effectiviteit van buitenlandse versies van de interventie aantonen.

13. Uitvoering van de interventies

Niet bekend

14. Overeenkomsten met andere interventies

Niet bekend

15. Lijst met aangehaalde literatuur

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. www.aacap.org

Arentz, G.M.H.J., Sterkenburg, P.S., & Stolk, J. (2010). Care for people with learning difficulties and with a visual impairment: A train the trainers program, pp. 371-373 In Contemporary Issues in Intellectual Disabilities. J. Merrick (ed). New York, Prasher.

Bowlby, J. (1984). Attachment and Loss: Volume 1: Attachment. London: Penguin Books.

Dekker, M.C. & Koot, H.M. (2004). Problemen met emoties en gedrag bij jeugdigen met verstandelijke beperkingen. *Kind en Adolescent*, 25, 211-223.

Dekker, M.C., Koot, H.M., Ende, J. van der, & Verhulst, F.C. (2002). Prevalence of psychopathology in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1087-1098.

Dekker- van der Sande, F. & Janssen, C.G.C. (2010). Signalen van verstoord gehechtheidsgedrag: Best practice voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking. Den Haag, Uitgeverij LEMMA.

Dosen, A. (1984). Psychische stoornissen bij zwakzinnige kinderen. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Dosen, A. (1990). Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen. Meppel: Boom.

Dosen, A. (2001). Developmental-dynamic relationship therapy: An approach to more severely mentally retarded children. In A. Dosen & K. Day (Eds.), *Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation* (pp. 415-427). London: American Psychiatric.

Dosen, A. & Day, K. (2001). *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. London: American Psychiatric Press.

Dosen, A. (2005). Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Van Gorcum.

Dozier, M., Highley, E., Albus, K. E., & Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants' caregivers: Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal*, 23, 541-554.

Eijden, A. van (2004). Psychosociale problemen van kinderen en jongeren met een visuele of meervoudige beperking. *Kinder- en jeugdpsychotherapie*, 3, 5-17.

Egan, D.F. (1979). The early development of visually handicapped children. In V. Smith & J. Keen (eds.), *Visual handicap in*

children. Lavenham, Suffolk: Lavenham.

Genderen, M., van, Gunther, F., & Raemaekers, M. (2007). Onderzoek naar de visuele functies van mensen met een verstandelijke beperking. Doorn: Bartiméus Reeks.

Gringhuis, D., Moonen, J. & Woudenberg, P. van (1996). Kinderen die slecht zien: ontwikkeling, opvoeding, onderwijs en hulpverlening. Houten: Van Loghum.

Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46:6.

Juffer, F. (1993). Kinderen, ouders en primaire gehechtheid. *Gezin*, 5(4): 226-240.

Kramer, G. J. A. (Ed.). (2001). Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag. Handleiding voor het beschrijven en beoordelen van probleemsituaties rond cliënten van de gehandicaptenzorg. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

Kraijer, D. W., & Kema, G. N. (1994). SGZ, Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen: Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Koot, H.M. & Dekker, M.C. (2001). Handleiding voor de VOG. Ouder- en leerkrachtversie. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus Universiteit Rotterdam.

Schuengel C. & Janssen C. G. C. (2006). People with mental retardation and psychopathology: Stress, affect regulation and attachment. *A review. International Review Of Research In Mental Retardation* 32, 229-260.

Schuengel, C., Schipper, C. de, & Sterkenburg, P. (2003). Hechtingsstoornissen en verstoorde gehechtheid. In: S. Colijn, E.C.A. Collumbien, G. Lietaer & R.W. Trijsburg (Eds.), *Handboek Integratieve Psychotherapie*. (VI 8.1:p.1-24). Utrecht, De Tijdstroom.

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

Sterkenburg, P.S., Janssen, C.G.C. & Schuengel, C. (2008a). The effect of an attachment-based behaviour therapy for children with visual and severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12, 126-135.

Sterkenburg, P.S., Schuengel, C. & Janssen, C.G.C. (2008b) Developing a therapeutic relationship with a blind client with a severe intellectual disability and persistent challenging behaviour. *Disability and Rehabilitation*. 30(17), 1318-1327.

Sterkenburg, P.S., Janssen, C.G.C., & Schuengel, C. (under review) Cortisol in adolescents with a visual and intellectual disability and challenging behaviour: changes during psychotherapy.

Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2008). Behandelprotocol 'Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag'. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. (pp. 409-424). Amsterdam: Boom.

Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2010). Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag. *Psychotherapie voor kinderen met een visuele en ernstig verstandelijke beperking. Kinder en jeugd psychotherapie*, 37(1/2), 24-38.

Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2011). De gehechtheidsrelatie als buffer tegen stress. In J. Zevalkink en P. Sterkenburg (red). *Voor de verandering: een psychodynamische kijk op ontwikkeling*. Van Gorcum: Assen. Pp. 87-100.

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

Samenwerking erkenningstraject

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

