

# Gehechtheidstherapie

Praktijkvoorbeelden van de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag bij mensen met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking

ACADEMISCHE WERKPLAATS

**Bartiméus:**



Bartiméus wil kennis en ervaring over de mogelijkheden van mensen met een visuele beperking vastleggen en verspreiden. De Bartiméus Reeks is daar een voorbeeld van.

## Colofon

### **Bartiméus**

Van Renesselaan 30A

3703 AJ Zeist

T : 088 - 88 99 888

E : [info@bartimeus.nl](mailto:info@bartimeus.nl)

I : [www.bartimeus.nl](http://www.bartimeus.nl)

### *Onder redactie van:*

Paula Sterkenburg

Veerle Andries

### *Eindredactie:*

Iris Stekelenburg, ABC Redactie

### *Illustraties:*

Linda Rusconi, [www.portretloket.nl](http://www.portretloket.nl)

Pagina 38: Guido van Eekelen, [www.metropolisfilm.nl](http://www.metropolisfilm.nl)

Deze publicatie is financieel mogelijk gemaakt door een subsidie van ZonMW voor de Academische Werkplaats Sociale relaties en gehechtheid Bartiméus - Vrije Universiteit Amsterdam.

### *Design en productie:*

WEBEDU

ISBN/EAN: 978-94-91838-26-2

Eerste druk

© 2021 Bartiméus

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopiëren, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

# Voorwoord

Dit boek over Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) introduceert een therapeutische benadering voor mensen bij wie vaak wordt gedacht dat zij geen baat hebben bij een gestructureerde behandelmethode. Dat wil zeggen personen met ernstige gedragsproblemen en verstandelijke of meervoudige beperkingen. Gehechtheid wordt in deze behandelmethode gezien als ‘de sleutel tot’ en als basis voor de verdere ontwikkeling. Nadat de kwaliteit van de gehechtheid is verbeterd, kunnen verschillende therapeutische behandelingen worden overwogen, behandelmethodieken die voorafgaand aan de behandeling geen effect hadden.

Het boek bestaat uit twee delen: eerst een korte introductie van de theoretische achtergrond die belangrijke informatie geeft over gehechtheid, zoals de Cirkel van Veiligheid en over gedragstherapie, zoals toegepaste gedragsanalyse (Applied Behavioural Analysis). Daarna bestaat het grootste deel van het boek uit zes casussen die uitvoerig zijn gerapporteerd door verschillende behandelaren die hun cliënten 9-18 maanden hebben begeleid. Met als afsluiting een hoofdstuk met meerdere korte casusvoorbeelden.

Tijdens het lezen van de casusvoorbeelden kan de lezer zich betrokken gaan voelen bij de sessies en wordt hij deelgenoot van de verschillende ontwikkelingen en obstakels die tijdens het behandelproces voorkomen. Deze uitnodiging om deelgenoot te zijn tijdens een intensief behandelproces is inspirerend en biedt vele mogelijkheden om kritisch te reflecteren op de eigen manier van omgaan met cliënten en om de eigen interactiemogelijkheden te vergroten.

ITGG is gebaseerd op het bieden van een veilige gehechtheidsrelatie aan personen met ernstige gedragsproblemen, om daarna succesvol gedragsmodificatie te bieden. Deze gedragstherapie kan worden aangevuld met verschillende interventies, zoals logopedie of stressmanagement, wat haar integrerend maakt: precies zoals de titel van de interventie aangeeft. Hoewel ITGG een tijdrovende interventie is, draagt zij in hoge mate bij aan de kwaliteit van leven en deelname aan de directe en bredere sociale omgeving van de cliënt.

Ik wens de lezer een spannende reis samen met de talentvolle behandelaren die hij of zij in dit boek zal leren kennen.  
Veel leesplezier!

Dr. Tanja Sappok,  
Berlin Center of Mental Health in Developmental Disabilities  
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlijn - Duitsland

# Redactie en medeauteurs

## Onder redactie van

Paula Sterkenburg, vanuit Bartiméus Bijzonder Hoogleraar ‘Mensen met een visuele of visuele-en-verstandelijke beperking; sociale relaties & ICT’ aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Veerle Andries, scientist-practitioner bij de Academische Werkplaats ‘Sociale relaties en Gehechtheid’ Bartiméus - Vrije Universiteit Amsterdam en orthopedagoog bij Odion.

## Medeauteurs

Wendy Engelbertink, gz-psycholoog, De Twentse Zorgcentra  
Marianne van Groenigen-Hulst, gz-psycholoog, Ons Tweede Thuis  
Renate Hilgers, orthopedagoog-generalist, Amerpoort  
Mieke Hoenderboom, orthopedagoog-generalist, 's Heeren Loo  
Henri Koelewijn, orthopedagoog-generalist, Amerpoort  
Truus van Ramshorst, gz-psycholoog, Esdégé-Reigersdaal  
Margot Vos, orthopedagoog, Ons Tweede Thuis  
Mirjam Wouda, gz-psycholoog, Ons Tweede Thuis

## Klankbordgroep

Francien Dekker-Van der Sande, Klinisch Psycholoog/Kinder- en Jeugdtherapeut, Bartiméus  
Bartelien Hilberink, orthopedagoog-generalist, Bartiméus  
Bernardien Marskamp-van Aperlo, gz-psycholoog en orthopedagoog-generalist, Bartiméus

# Inhoud

Voorwoord	3
Redactie en medeauteurs	5
Waarom dit boek?	8

## Deel 1 Theorie 11

1	Korte samenvatting van de interventie	13
2	Doelgroep	13
3	Doel	16
4	Subdoelen voor de cliënt	16
5	Subdoelen voor de ouder/begeleider	18
6	Aanpak	19
7	Behandelprotocol	24
8	Onderbouwing	24
9	Oorzaken	25
10	Gevolgen	29
11	Schematische weergave cliënt- en omgevingsfactoren en ITGG-doelen	30
12	Verantwoording	31
13	Onderzoek	36
14	'Cirkel van Veiligheid'	38
15	Procesevaluatie van de ITGG-interventie	39
16	ITGG in de praktijk	40
17	Behandeling van kinderen en volwassenen met een visuele-en-verstandelijke beperking	41

<b>Deel 2 Praktijk</b>	<b>43</b>
Inleiding	45
1 <b>Casus Eva</b>	46
Een jongvolwassen vrouw met een visuele, motorische en ernstig verstandelijke beperking. <i>Margot Vos</i>	
2 <b>Casus Jeffrey</b>	58
Een jongen van negen jaar met een ernstige verstandelijke en meervoudige beperking. <i>Renate Hilgers</i>	
3 <b>Casus Myrthe</b>	69
Een vrouw, blind en met een ernstige motorische en verstandelijke beperking. <i>Truus van Ramshorst</i>	
4 <b>Casus Peter</b>	81
Een volwassen man met een ernstige verstandelijke beperking, epilepsie en problemen in de prikkelverwerking. <i>Marianne van Groenigen-Hulst (ITGG-therapeut) en Mirjam Wouda</i>	
5 <b>Casus Mary</b>	93
Een vijftienjarig meisje met een matig verstandelijke beperking. <i>Mieke Hoenderboom</i>	
6 <b>Casus Limei</b>	104
Een meisje van elf jaar met een matig verstandelijke beperking. <i>Henri Koelewijn</i>	
7 <b>Verskillende casusvoorbeelden</b>	118
<i>Wendy Engelbertink</i>	
<b>Tot slot</b>	<b>127</b>
Begrippenlijst	131
Literatuurlijst	133
Dankwoord	142
Over de redacteurs	144

# Waarom dit boek?

Gehechtheid bestaat net als een huis uit onmisbare elementen. Bij het bouwen van een huis wordt eerst de fundering gelegd; een stevige basis waar de steunbalken op worden gezet. Daarna volgen de muren en het dak. Bij het bouwen van een huis kun je niet zomaar een hoop stenen op elkaar leggen. Dit vraagt gedegen metselwerk. Daarbij is het belangrijk om het huis te isoleren. Dit zorgt er in de winter voor dat de warmte niet zomaar uit het huis kan glippen en in de zomer zorgt het juist voor een aangename (niet te warme) temperatuur. De laatste stap is de afwerking en inrichting. Er zullen dan bijvoorbeeld leuke meubels uitgezocht worden. Het huis inrichten alvorens de bouwstenen gelegd zijn, is niet echt handig. De meubels zouden dan beschadigd kunnen worden of onder het puin terecht kunnen komen als het onstabiele huis instort. Een huis bouwen gebeurt dus niet zomaar: er is een plan en een tekening nodig, het gaat stapje voor stapje en het vraagt tijd, geduld en energie. Na al het harde en geduldige werk zal er, als alles goed is verlopen, een stevig huis staan: een warme en gezellige woning waar iemand tot rust kan komen. Bovendien is het een eigen en veilige plek, niemand kan zomaar naar binnen en naar buiten zonder sleutel.

Het opbouwen van een gehechtheidsrelatie tussen de verzorger en het kind gebeurt ook niet zomaar. Het vraagt, net als het bouwen van een huis, een plan, vakmanschap, tijd, energie en vertrouwen. De meeste kinderen ontwikkelen een gehechtheidsrelatie. Er wordt gesproken van een veilige gehechtheidsrelatie als er sprake is van basisveiligheid en basisvertrouwen, er is met andere woorden een stevige fundering. Echter, er zijn ook veel kinderen voor wie het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie niet vanzelfsprekend is. Dit kan komen door kindfactoren (intern), bijvoorbeeld een visuele- en-verstandelijke of verstandelijke beperking en/of autisme. Zulke kindfactoren kunnen het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie in de weg staan. Ook omgevingsfactoren (extern) spelen een rol bij het ontwikkelen van een (on)veilige gehechtheidsrelatie. De ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie kan onder druk staan bij kinderen die traumatische ervaringen hebben meegemaakt zoals verwaarlozing, het verlies van een belangrijke ander, uithuisplaatsing of door het hebben van wisselende opvoeders.



Hoe de verschillende stappen van de gehechtheidsontwikkeling worden doorlopen, is in grote mate bepalend voor de verdere emotionele ontwikkeling. Sommige kinderen met ernstige beperkingen groeien op met zoveel wisselende opvoeders, communicatieve beperkingen, en soms inadequate zorg, dat ze onvoldoende gelegenheid krijgen om gehechtheidsrelaties te ontwikkelen. Er is dan onvoldoende basisvertrouwen in de gehechtheidsrelatie, wat kan leiden tot ernstige problemen in gehechtheid en gedrag. Dit maakt ondersteuning door de opvoeder/belangrijke ander soms niet meer mogelijk. Het vertoonde gedrag van het kind kan gezien worden als een mechanisme om te overleven of ook wel een mechanisme gericht op zelfbescherming.

Zonder ingrijpen kunnen deze kinderen symptomen van onrust en paniek blijven vertonen. Een onveilige gehechtheidsrelatie kan gevolgen hebben tot in de volwassenheid. De ernst van het probleemgedrag kan extreme vormen aannemen, waardoor het kind tegen zichzelf beschermd moet worden. Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen het 'echte' en fijne contact met het kind steeds meer in de weg staan en het contact krijgt dan met name een functionele inhoud. Er lijkt dan een vicieuze cirkel te ontstaan waarbij de intentie van het gedrag van het kind onvoldoende begrepen of gezien wordt. Dit kan zorgen voor gevoelens van machteloosheid, onzekerheid en angst bij de vaste verzorger, wat de sensitieve respons voor de signalen van het kind kan bemoeilijken en het isolement bij het kind kan vergroten. De sleutel tot unieke mogelijkheden voor deze kinderen zit in het doorbreken van dit isolement.

In 2000 is de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG), gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkel bij kinderen met een visuele-en-verstandelijke beperking met ernstige problemen in gehechtheid en gedrag, als protocol beschreven. Door de jaren is het protocol verder aangepast (in de loop van de tijd gepubliceerd in 2008, 2014 en 2020) en wetenschappelijk getoetst. ITGG is als interventie ook opgenomen in de databanken van Vilans (Vilans Databank Interventie) en van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI databank Effectieve Jeugdinterventies). Ook is ITGG in de praktijk aangeboden aan kinderen en volwassenen met een ernstige en matige verstandelijke beperking (zonder visuele beperking).

In de aanpak van de therapie ligt de focus op het opbouwen van een gehechtheidsrelatie tussen cliënt en behandelaar. Pas als een gehechtheidsrelatie tot stand is gekomen tussen de cliënt en de therapeut, zal de therapie zich richten op gedragsmodificatie. Door het opbouwen van een gehechtheidsrelatie zal het moeilijk verstaanbare gedrag van de cliënt grotendeels vanzelf uitdoven, omdat de gehechtheidsrelatie een buffer zal vormen tegen stress. Onderzoekresultaten tonen aan dat er na de behandeling een significante afname is van gedragsproblemen, zoals bleek uit observaties en dat er significant minder stress is, zoals aangetoond met cortisolmetingen. Na de gedragsmodificatie wordt er in de therapie veel aandacht besteed aan de generalisatie of overdracht van de behandeling naar de dagelijkse opvoeders/begeleiders, aangezien zij het verdere contact met de cliënt behouden en aangaan. In dit deel van de therapie wordt een sterke focus gelegd op het bevorderen van het sensitief en responsief reageren door de dagelijkse verzorger(s)/begeleiders van de cliënt met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking.

In dit boek wordt de ITGG-therapie met praktijkvoorbeelden beschreven. Zeven behandelaren delen hun ITGG-ervaringen. Verschillende begrippen worden in de begrippenlijst verder uitgelegd (p. 131). Verder wordt het woord 'cliënt' veelvuldig gebruikt: cliënten kunnen kinderen, jongeren of volwassenen zijn. Daarnaast komt het woord 'begeleider' voor, vaak in combinatie met 'ouder': met 'begeleider' wordt ook opvoeder of verzorger bedoeld.

De waarde van dit boek is dat het voor behandelaars, ouders en geïnteresseerden concreet maakt hoe het verloop van een ITGG-traject eruit ziet en wat de therapeut precies doet om tot echt contact te komen met de cliënt. Het boek biedt een handreiking aan professionals die ook de ITGG-therapie in de praktijk willen toepassen. Het geeft praktijkbeschrijvingen van de theoretisch onderbouwde interventie. Dit biedt de mogelijkheid om de aanpak van andere therapeuten naast de eigen aanpak te leggen, inspiratie op te doen, in discussie te gaan en om kritisch en oplossingsgericht te blijven zoeken naar verbetermogelijkheden.

# Deel 1 Theorie

Zie ook: Nederlands Jeugdinstituut (NJI) databank Effectieve Jeugdinterventies.



# 1 Korte samenvatting van de interventie

De Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) is een psychotherapeutische behandeling voor ernstige problemen met gehechtheid en gedrag, zoals agressie tegen begeleiders, auto-mutilatie en sterk teruggetrokken gedrag. De therapie is bedoeld voor kinderen, jongeren en volwassenen met meervoudige problematiek: een ernstige verstandelijke (en mogelijke bijkomende visuele) beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag. De focus in de aanpak ligt op de opbouw van een gehechtheidsrelatie tussen cliënt en behandelaar.

## 2 Doelgroep

ITGG<sup>1</sup> is bedoeld voor kinderen (vanaf 9 maanden), jongeren en volwassenen met een visuele-en-verstandelijke beperking of verstandelijke beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag.

### Indicatiecriteria (getoetst door de gedragsdeskundige):

- Kinderen met een ontwikkelingsleeftijd van tenminste 9 maanden<sup>2</sup>, jongeren en volwassenen met een matig tot ernstige verstandelijke beperking (IQ < 50)<sup>3</sup>.
- Cliënten met en zonder visuele beperking vastgesteld volgens WHO-normen.
- Cliënten bij wie eerdere interventies gericht op de dagelijkse begeleiding en leefsituatie niet effectief zijn gebleken. Dit wordt

- 
- 1 ITGG bij mensen met een matige verstandelijke beperking is nog niet wetenschappelijk getoetst.
  - 2 Voor kinderen en volwassenen met een ontwikkelingsleeftijd lager dan 9 maanden zie: Sterkenburg, 2011.
  - 3 Het ITGG-protocol is ontwikkeld voor kinderen, jongeren en volwassenen met een ernstige verstandelijke beperking (IQ < 35) met en zonder een visuele beperking. Het ITGG-MVB protocol is ontwikkeld voor kinderen, jongeren en volwassenen met een matige verstandelijke beperking (35 < IQ < 50) met en zonder een visuele beperking.

geconcludeerd wanneer na deze eerdere interventies blijkt dat het probleemgedrag nog steeds aanwezig is en de score op het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP) niet is gedaald.

- Cliënten bij wie sprake is van pathogene zorg. De aanwezigheid van pathogene zorg wordt vastgesteld aan de hand van dossier-analyse en een intakegesprek. Na het intakegesprek worden alle indicatie- en contra-indicatiecriteria getoetst. Met pathogene zorg wordt bedoeld dat er sprake is geweest van emotionele of fysieke verwaarlozing of mishandeling en/of dat de cliënt veel wisseling heeft gehad van vaste verzorgers waardoor deze geen stabiele gehechtheidsrelatie met zijn verzorger kon opbouwen. In de DSM-5 wordt pathogene zorg omschreven als een patroon van extreme vormen van ontoereikende verzorging dat een kind heeft meegemaakt. Dit dient te blijken uit minstens een van de volgende kenmerken:
  1. Sociale verwaarlozing of deprivatie waarbij emotionele basisbehoeften aan vertroosting, aanmoediging en affectie persistent door volwassen verzorgers worden veronachtzaamd.
  2. Aanhoudende veronachtzaming van de basale lichamelijke behoeften van het kind/opgroeien in ongebruikelijke omgevingen, wat het vormen van selectieve gehechtheidsrelaties ernstig beperkt.
  3. Herhaald wisselen van de vaste verzorger, hetgeen de vorming van een gehechtheidsrelatie verhindert (American Psychiatric Association, 2013).
- Uit gehechtheidsonderzoek blijkt dat er sprake is van signalen van verstoord gehechtheidsgedrag of een hechtingsstoornis. Gehechtheidsonderzoek bestaat uit alle onderstaande punten:
  - Ontwikkelingsanamnese: de gehechtheidsontwikkeling van de cliënt wordt in kaart gebracht aan de hand van dossieronderzoek en een gesprek met de ouders of verzorgers. Er wordt onderzocht of er aanwijzingen zijn voor pathogene zorg/wisselingen van opvoeders en er wordt geïnformeerd naar het ontwikkelingsverloop van de gehechtheid van baby tot kalenderleeftijd en naar de opvoedingsstijl van de verzorger.
  - Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG) (Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993; Dekker-Van der Sande & Janssen, 2010): een score hoger dan 22 kan duiden op verstoord gehechtheidsgedrag.

- Clinical Observation of Attachment/Klinische Observatie van Gehechtheid. Deze gestructureerde observatie is bedoeld om gehechtheidsgerelateerd gedrag aan de cliënt te ontlokken en dit te vergelijken in verschillende relaties, namelijk die met de gehechtheidsfiguur (ouder/verzorger) en met een onbekende volwassene (de diagnosticus). De score gebeurt aan de hand van de LSVG (Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993; Dekker-Van der Sande & Janssen, 2010).
- Bij het invullen van een tabel met bovengenoemde gegevens zoals aangegeven in Dekker-Van der Sande en Janssen (2010) en bij een gemiddelde score tussen 22 en 33 *inclusief* pathogene zorg duiden de diagnostische resultaten op verstoorde gehechtheid (Giltaij, 2017).  
Voor een beschrijving van de LSVG zie ook Stor en Storsbergen (2006) en Sterkenburg, Meddeler-Polman en Schrijver (2020).  
Voor meer informatie over diagnostiek van problematische gehechtheid, zie: De Schipper, Sterkenburg, Giltaij, Schuengel en Oosterman (2017) en De Wolff, Dekker-Van der Sande, Sterkenburg, en Thoomes-Vreugdenhill (2014).
- Er is sprake van gedragsproblemen. De aanwezigheid van ernstige, hardnekkige gedragsproblemen wordt vastgesteld door middel van een score van 3 of 4 (een hoge score) op het Consensus-protocol Ernstig Probleemgedrag (CEP; Kramer, 2001). Ook worden bij de start en het einde van de behandeling bij voorkeur de Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag - VOG (Koot & Dekker, 2001) en de Storend Gedragschaal-Z - SGZ (Kraijer & Kema, 1994) afgenomen bij ouders en begeleiders.
- Met behulp van een functionele analyse van het probleemgedrag volgens het ABC-model (Antecedent Behaviour Consequences) (Ellis, 1991) door de psycholoog/orthopedagoog zijn andere mogelijke oorzaken voor probleemgedrag uitgesloten.
- De interventie kan worden aangeboden aan migranten met een ernstige verstandelijke beperking. Tijdens het wetenschappelijk onderzoek van Sterkenburg (2008) hebben een adoptiekind uit Afrika en een kind van vluchtelingouders uit Azië meegedaan. Bij deze kinderen zijn soortgelijke resultaten gevonden als bij de van oorsprong Nederlandse kinderen.
- De ouder/begeleider heeft behoefte aan ondersteuning bij het bevorderen van de sensitief responsieve begeleidingsstijl en bij het behouden van het contact/de relatie met de cliënt.

### **Contra-indicatiecriteria (getoetst door de gedragsdeskundige):**

- Diagnose van autisme. Dit wordt uitgesloten door middel van differentiaaldiagnostiek en het invullen van de AUTI-R Schaal (Van Berckelaer-Onnes & Hoekman, 1991).
- De cliënt is extreem gevoelig voor de lichtste aanraking (hypersensitiviteit voor aanraking/tactiele afweer).
- Er is sprake van een instabiel opvoedings- en begeleidingsysteem. Dat wil zeggen dat er voor een langere tijd geen personen zijn met wie de cliënt een gehechtheidsrelatie kan opbouwen.
- De ouder/begeleider heeft geen behoefte aan ondersteuning en wil geen gebruik maken van de aanbevolen adviezen van de therapeut die in de derde fase worden overgedragen.

Voor behandeling van cliënten met een visuele- en licht verstandelijke beperking of licht verstandelijke beperking zie Dekker-Van der Sande en Sterkenburg (2015).

## **3 Doel**

De cliënt staat aan het eind van de behandeling open voor contact met belangrijke anderen (buiten de behandelaar) en is meer benaderbaar door de afname van probleemgedrag.

## **4 Subdoelen voor de cliënt**

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

### *Doelen per fase van ITGG:*

Fase 1: Aan het eind van fase 1 (gehechtheidstherapie), ongeveer vier maanden na de start van de interventie, is er een gehechtheidsrelatie



tussen de cliënt en de behandelaar opgebouwd en zal de cliënt hulp, ondersteuning of troost zoeken bij de behandelaar en ook activiteiten ondernemen die eerst niet mogelijk waren.

#### Doelen Fase 1.1 Bonding:

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

#### Doelen Fase 1.2 Symbiose:

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

#### Doelen Fase 1.3 Stimulatie tot individuatie:

- De cliënt kan na ongeveer vijftien weken initiatieven nemen tot spel met speelgoed/objecten.
- De cliënt kan aan het einde van deze fase de omgeving en het spel materiaal exploreren.
- De cliënt geniet van de nabijheid van de behandelaar (glimlachen, ontspannen houding, toenadering zoeken tot behandelaar).
- De cliënt geniet van het spel samen en naast de therapeut door speelgoed vast te houden, door het speelgoed van de behandelaar aan te nemen en door speelgoed aan de behandelaar aan te reiken.

- De cliënt kan aan het einde van deze fase even alleen spelen nadat de therapeut de ruimte heeft verlaten.
- De cliënt kan aan het einde van deze fase het contact met de therapeut gemakkelijk herstellen nadat de therapeut de ruimte heeft verlaten.

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

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

Fase 3: Aan het eind van fase 3 (generalisatie), ongeveer tien maanden na de start van de interventie:

- De cliënt zoekt hulp, ondersteuning of troost bij de dagelijkse begeleider of ouder.
- De cliënt onderneemt activiteiten waarvan hij/zij kan genieten en waardoor hij/zij zich verder kan ontploien.

## 5 Subdoelen voor de ouder/begeleider

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

### Fase 3:

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

## 6 Aanpak

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

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

## **6.1 Hoe wordt rekening gehouden met een verstandelijke beperking?**

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

## **6.2 Hoe wordt rekening gehouden met een visuele beperking?**

In de aanpak wordt rekening gehouden met de visuele beperking van de cliënt door een optimale omgeving te creëren: beperken van of geen storende omgevingsgeluiden en beperken van of geen afleidende visuele prikkels. Daarnaast zal de behandelaar extra aandacht besteden aan het aangaan van contact en initiëren van spel. Voor personen met een visuele beperking is het moeilijk om de wereld om zich heen te ontdekken, omdat ze zich niet of in beperkte mate door hun gezichtsvermogen kunnen laten leiden. Daarom zal de behandelaar actief contact maken en spelmateriaal actief aanbieden. De behandelaar kan contact maken door bijvoorbeeld geluid en aanraking: door bewegingen en geluiden te benoemen, door eerst aan te geven dat je de ander gaat aanraken voor je de persoon ook echt

aanraakt, wanneer je weg beweegt te praten of geluiden te maken zodat de cliënt kan horen waar je in de ruimte bent, door verbale uitleg te geven en door voorspelbaar te zijn bijvoorbeeld door op dezelfde manier de persoon te begroeten en aan te raken. Het gebruik van rituelen kan hierin ondersteunend zijn. Vanuit de veilige relatie met de behandelaar zal de cliënt worden uitgedaagd om te reageren en de wereld te exploreren op zijn/haar eigen tempo.

### 6.3 Beschrijving van de fases

#### Fase 1

##### *Fase 1.1: Bonding - Contact maken*

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

De behandelaar gaat vervolgens het lichamelijke contact langzaam opbouwen. Beginnend bij heel licht aanraken op een plaats waar het kind dat accepteert, bijvoorbeeld een schouderklopje, een aai over een hand of een voet. Eerst met de puntjes van de vingers en vervolgens met de hele hand. Eerst alleen een paar seconden opbouwend naar een minuut tot een aantal minuten. De behandelaar benoemt en verwoordt wat hij/zij ziet, wat er gebeurt en wat er gaat gebeuren. De behandelaar spreekt zacht op een herhalende, melodieuze en vragende wijze (net als bij praten met een baby). De behandelaar is heel alert, niet alleen pratend maar ook luisterend, en wacht op reacties van de cliënt. De behandelaar verwoordt de mogelijke gevoelens van de cliënt. Langzaam gaat de behandelaar meer initiatieven nemen. De behandelaar gaat mee in de bewegingen die de cliënt maakt (doet de bewegingen na). Ritmische bewegingen en taalgebruik nemen toe. Er wordt aandacht besteed aan speelsheid in de relatie, bijvoorbeeld door variatie in stemgebruik (hard - zacht, hoog - laag, snel - langzaam). Tijdens deze fase zal de behandelaar liedjes zingen/neuriën, met de cliënt wiegen en met de cliënt meebewegen (Als de cliënt loopt, dan loopt de behandelaar mee. Als

de cliënt zingt, zingt de behandelaar mee. Als de cliënt friemelt aan de kleding van de behandelaar, friemelt de behandelaar mee).

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

### *Fase 1.2: Symbiose - veilige gehechtheid:*

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

### *Fase 1.3: Stimulatie tot individuatie*

De behandelaar stimuleert de cliënt om eigen verlangens en gevoelens te gaan uiten. De behandelaar 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**

Deze fase is gericht op het aanleren van nieuw gewenst gedrag als vervanging voor de ongewenste gedragingen die het functioneren in groepsverband en het opbouwen van relaties met de dagelijkse opvoeders nog in de weg staan, zoals knijpen, bonken, slaan, schoppen, schreeuwen. De behandelaar en de betrokken gedrags-

deskundige brengen samen met de ouders/begeleiders de situaties in kaart waarin het probleemgedrag zich voordoet, door te analyseren wat aan het probleemgedrag vooraf gaat en welke gevolgen het gedrag heeft voor de cliënt (Antecedent-Behaviour-Consequences: ABC-analyse). 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 functie-analyse herhaald. Wanneer de functie/betekenis van het probleemgedrag bekend is, zoeken de behandelaar, de betrokken gedragsdeskundige en de dagelijkse opvoeders naar alternatieve/gewenste gedragingen met dezelfde functie/betekenis voor de cliënt. Vervolgens richt de behandelaar zich op het aanleren van deze alternatieve gedragingen. Voor de bekrachtiging van het gewenste gedrag gebruikt de behandelaar 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. Bij een cliënt die bijvoorbeeld emoties niet goed kan reguleren (en snel overspannen wordt), geeft de behandelaar een object om in te knijpen. Elke keer dat de behandelaar het balletje aan de cliënt geeft en de cliënt rustiger gedrag laat zien, geeft de behandelaar een compliment. Ongewenst gedrag wordt genegeerd of, alleen als de cliënt zichzelf of de behandelaar dreigt te beschadigen, tegengehouden.

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

### **Fase 3 Generalisatie**

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

## 7 Behandelprotocol

Het uitgebreide behandelprotocol is beschreven in Braet en Bögels (Eds.) (2020). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten deel 2* (pp. 767-792). Den Haag, Nederland: Boom Lemma. Hoofdstuk 18: Sterkenburg en Schuengel, Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag. Zie ook een film over de ITGG behandeling: Gehechtheid: een psychotherapeutische behandeling ([www.bartimeus.nl](http://www.bartimeus.nl)).

## 8 Onderbouwing

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

### *Prevalentie*

In 2018 werd door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) ingeschat dat er in Nederland ongeveer 440.000 mensen zijn met een verstandelijke beperking (IQ tot 70). Een zesde daarvan (ongeveer 70.000 mensen) heeft een ernstige verstandelijke beperking (Woittiez et al., 2019). De prevalentie van een visuele beperking is hoog bij personen met een (ernstige) verstandelijke (en meervoudige) beperking; variërend van 66,7% (Van Splunder, Stilma, Bernsen, & Evenhuis, 2006) en oplopend tot 92% (Van den Broek, Janssen, Van Ramshorst, & Deen, 2006). Over de prevalentie van mensen met een verstandelijke beperking en gehechtheidsproblemen is nog niet veel gepubliceerd. Janssen, Schuengel en Stolk (2002) beschrijven dat de risico's op gehechtheidsproblemen in deze doelgroep groter zijn dan



voor mensen zonder een verstandelijke beperking. Het onderzoek toont aan dat gehechtheidsproblemen een aanzienlijk deel van de hoge prevalentie van gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking kunnen verklaren. Het gaat hierbij over 30% tot 60% van alle mensen met een verstandelijke beperking en een hogere prevalentie bij personen met een ernstige verstandelijke beperking (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002; Dekker & Koot, 2004). Uit het onderzoek van Bartiméus (2010) blijkt dat bij 60% van de kinderen met een ernstig verstandelijke en visuele beperking het probleemgedrag mogelijk te verklaren is vanuit gehechtheidsproblematiek (Bartiméus Magazine, 2004, nr. 2; Arentz, Sterkenburg & Stolk, 2010).

## 9 Oorzaken

### Cliëntfactoren

- *Een verstandelijke beperking:*  
 Personen met een verstandelijke beperking hebben meer tijd nodig om informatie te verwerken. Ze ondervinden meer moeite met het structureren van verbale, non-verbale en zintuigelijke informatie en met het scheiden van hoofd- en bijzaken (Kraijer & Plas, 2014; van Nieuwenhuizen, 2012). Het duurt langer voordat ze object- en persoonspermanentie ontwikkelen. Voor mensen met een verstandelijke beperking is het moeilijker om adequaat met stress om te gaan. Vanwege beperkte communicatieve en cognitieve mogelijkheden of andere (motorische/zintuigelijke) beperkingen, zijn ze niet goed in staat om de gehechtheidsfiguur of belangrijke ander op te zoeken voor troost of bescherming (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002a, 2002b; Sterkenburg & Dyzel, 2021; Sterkenburg, Zaal, & Dekkers-Verbon, 2021). Zij zullen op een andere manier nabijheid, contact, ondersteuning, troost en geruststelling bij de gehechtheidsfiguur proberen te zoeken. Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking met een ontwikkelingsleeftijd van negen maanden, kunnen een gehechtheidsrelatie aangaan als ze het besef hebben dat personen en objecten blijven bestaan, ook al zijn ze even uit beeld. Personen die dat niet hebben, kunnen desondanks gehechtheidsgedrag laten zien en hebben ook behoefte aan veiligheid en koestering

(Vandesande, Bosmans, Sterkenburg, Schuengel, Van Den Noortgate, & Maes, 2020). Hoe lager het cognitieve niveau, hoe beperkter de communicatie en het begrip van de persoon en hoe meer dit vraagt van de sensitieve responsiviteit van de opvoeder (Sterkenburg, 2011). Een verstandelijke beperking vormt dus een risicofactor voor verstoorde gehechtheid (Schuengel & Janssen, 2006).

- *Visuele- en verstandelijke beperking*

Voor personen met een visuele- en verstandelijke beperking is het nog moeilijker om informatie te verwerken omdat non-verbale en visuele informatie minder snel of niet wordt opgepikt. Een visuele beperking belemmert het vroege contact tussen ouder en kind, waardoor personen met een visuele- en verstandelijke beperking een verhoogd risico hebben op verstoorde gehechtheid. Gunther (2004) stelt dat bij mensen met een visuele beperking oogcontact, visuele uitlokking, visuele controle en visuele feedback beperkt zijn. Een kind met een visuele beperking mist visuele informatie, wat gecompenseerd kan worden met andere zintuigen om een gehechtheidsrelatie te ontwikkelen. Personen met een visuele beperking doen dat bijvoorbeeld door het gebruik van auditieve, tactiele en geurprikkels, waardoor ze leren om bekenden en vreemden van elkaar te onderscheiden. Dit is moeilijker dan door het gebruik van de visuele functies, omdat kinderen de aanwezigheid en identiteit van de ouder pas ontdekken door aanraking of geur wanneer deze dichterbij is, of door het stemgeluid als de ouder spreekt of anderszins vocaliseert. Door het later verwerven van deze vaardigheden kan de persoon met een visuele beperking zich ook pas later interne voorstellingen maken van de mensen en de ruimte om hem of haar heen. Hierdoor (en door de afhankelijkheid van de opvoeder) duren de separatieangst en de angst voor vreemden langer en manifesteren deze zich heftiger dan bij goedziende mensen (Egan, 1979; Gringhuis, Moonen & Van Woudenberg, 1996; Jonker, Sterkenburg & Van Rensburg, 2015; Hoffman, Sterkenburg & van Rensburg, 2017). Bij personen met een visuele én verstandelijke beperking worden de compensatiemogelijkheden van de ene beperking belemmerd door de andere en omgekeerd (van Duijvenboden, Pietersen, & Straus, 2018). Mensen met een visuele beperking doen een extra beroep op hun cognitieve vaardigheden zoals geheugen en taalvaardigheid om informatie te verwerken. Mensen met een verstandelijke

bepierking doen een extra beroep op hun visuele vaardigheden. Zij leren met name door naar anderen te kijken en minder door gebruik te maken van taal. De combinatie van een visuele en verstandelijke beperking maakt de extra inzet van intelligentie of geheugen en de extra inzet van gezichtsvermogen niet mogelijk. Het contact met de belangrijke ander wordt hierdoor extra belemmerd, wat het risico op verstoorte gehechtheid vergroot (Gunther, 2004).

## Ouder- en omgevingsfactoren

- *Pathogene omgevingsinvloeden*  
Schuengel en Janssen (2006) wijzen erop dat de pathogene omgevingsinvloeden die in verband worden gebracht met een verstoorte gehechtheid - waaronder verwaarlozing, mishandeling, misbruik en frequente en vroege wisselingen van primaire opvoeders - bij mensen met verstandelijke beperkingen vaker voorkomen dan gemiddeld (Giltaij, Sterkenburg & Schuengel, 2016). Sommige kinderen met ernstige beperkingen groeien op met zoveel wisselende opvoeders, communicatieve beperkingen, en soms inadequate zorg, dat ze geen gelegenheid krijgen om gehechtheidsrelaties te ontwikkelen. Dit leidt tot stress omdat het kind/de volwassene niet met de problemen van alledag bij een gehechtheidsfiguur terecht kan, wat het kind/de volwassene kwetsbaarder maakt voor de ontwikkeling van gedragsproblemen. Agressie naar anderen of zichzelf kan een uitlaatklep of afleiding worden bij spanning, verdriet, stress, of verveling.
- *Verwerkingsproblemen ouder*  
Bij de komst van een kind, ontwikkelen ouders verwachtingen en ideeën over de ontwikkeling en opvoeding van hun kind. Wanneer ouders te horen krijgen dat hun kind een visuele en/of verstandelijke beperking heeft, kan dit ervaren worden als een intense verlieservaring. Ouders kunnen worstelen met gevoelens van verdriet, wanhoop en schuld. Het kan bovendien veel verwarring, vragen en onzekerheden met zich meebrengen. De diagnose van een visuele en/of verstandelijke beperking bij een kind kan gepaard gaan met ingrijpende gebeurtenissen zoals medische complicaties (bijvoorbeeld zuurstoftekort bij de geboorte of syndromen) en langdurige ziekenhuisopnames. Daarnaast kunnen

ouders te maken krijgen met ongevraagde adviezen, ontkenning en onbegrip vanuit de omgeving. Ouders kunnen door de confrontatie met de diagnose uit balans worden gebracht. Hierop volgt een verwerkingsproces om de balans terug te vinden (Van der Weck, Bos & Sterkenburg, 2021). Dit verwerkingsproces kan de emotionele beschikbaarheid van de ouder en het gevoel van ouderlijke competentie onder druk zetten, waardoor de ouder minder goed in staat is om sensitief te reageren op zijn/haar kind. Het al dan niet adequaat verwerken van de diagnose van de beperking van het kind door de ouder, speelt een belangrijke rol voor het kind in het zich veilig en begrepen voelen (De Belie & Van Hove, 2005).

- *Onvoldoende sensitieve responsiviteit/opvoedingsvaardigheden*  
Het opvoeden van een persoon met een verstandelijke beperking vraagt een groot waarnemingsvermogen van de ouder (Janssen et al., 2002a, 2002b). Wanneer er naast de verstandelijke beperking ook een visuele beperking is, is adequaat interpreteren van gedrag en wensen extra complex (Gunther, 2004); en wanneer een persoon naast de verstandelijke en visuele beperking ook een auditieve beperking heeft, vraagt dit van de ouder om zich nieuwe en bijzondere communicatieve vaardigheden eigen te maken (Damen & Worm, 2013). Ouders worden geconfronteerd met onverwachte problemen, waarbij ze niet terug kunnen vallen op de voor hun bekende opvoedingswijze. Ouders van personen met een verstandelijke beperking leren om de ontwikkelingsleeftijd van hun kind in te schatten en kunnen minder afgaan op de kalenderleeftijd. Verder kunnen bij mensen met een verstandelijke beperking de gehechtheidssignalen minder sterk zijn en kan de gehechtheidsontwikkeling in een trager tempo verlopen (De Belie & Morisse, 2007). De aanwezigheid van een visuele beperking of visuele-en-auditieve beperking maakt dat het gehechtheidsgedrag/ de gehechtheidssignalen van de persoon verwarrend of subtieler zijn (Gunther, 2004; Van den Broek et al., 2017).

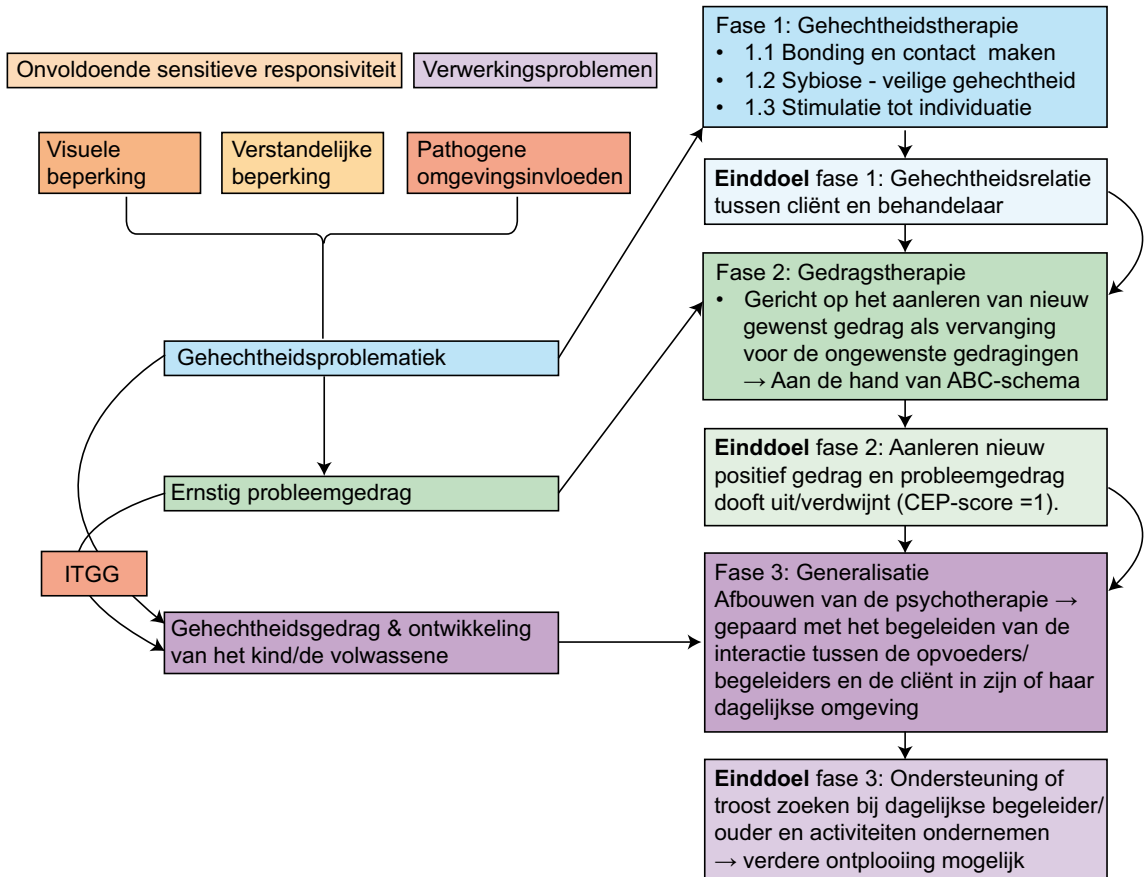
- *Discontinuïteit in de gehechtheidsrelatie: uithuisplaatsing of langdurige ziekenhuisopname*  
Wanneer personen met een visuele- en verstandelijke of verstandelijke beperking uit huis worden geplaatst of (langdurig) in het ziekenhuis worden opgenomen zonder de vaste opvoeder, kunnen er breuken ontstaan in de gehechtheidsrelatie tussen opvoeder en kind, wat voor veel stress bij het kind kan zorgen. Het kind krijgt bij een uithuisplaatsing te maken met verschillende zorgprofessionals die komen en gaan (omwille van een dienstrooster of verloop van personeel), wat het vormen van nieuwe gehechtheidsrelaties bemoeilijkt en voor meer stress zorgt bij het kind.

## 10 Gevolgen

Zonder ingrijpen zullen deze personen gedrags- en psychiatrische stoornissen ontwikkelen of behouden, minder gebaat zijn bij een reguliere gedragstherapeutische behandeling en zullen zij symptomen van onrust en angst blijven vertonen. De ernst van het probleemgedrag kan excessieve vormen aannemen en het kind/de volwassene zal tegen zichzelf moeten worden beschermd door, in de meest ernstige situaties, vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo had een van de kinderen uit het eerder genoemde onderzoek (Sterkenburg, Schuengel & Janssen, 2008) negen jaar lang, voorafgaand aan de start van de behandeling, armkokers om hem te beschermen tegen ernstig zelfverwondend gedrag. Nog minder contact met de buitenwereld is het gevolg, en het kind/de volwassene raakt meer geïsoleerd en ontwikkelt ernstigere gedragsproblemen (Schuengel & Janssen, 2006).

Met ingrijpen door middel van therapie kan de gehechtheidsrelatie tussen cliënt en de belangrijke ander in positieve zin veranderen, waardoor waardevolle interactiemomenten, het delen van plezier, wederkerigheid en ontspanning in contact en nabijheid, mogelijk worden.

# 11 Schematische weergave cliënt- en omgevingsfactoren en ITGG-doelen



Figuur 1: Schematische weergave cliënt- en omgevingsfactoren en de ITGG-einddoelen.

## 12 Verantwoording

Eerdere interventies gericht op de dagelijkse begeleiding (onder meer aandacht, gedragstherapeutische aanpak) en leefsituatie (onder meer competentievergroting, aanpassingen in de omgeving) zijn bij de onderzochte doelgroep niet effectief gebleken, waardoor een andere aanpak noodzakelijk is. Het probleemgedrag van de cliënt is zo ernstig dat behandeling door de opvoeder/belangrijke ander niet meer mogelijk is. Sommige mensen met ernstige beperkingen groeien op met zoveel wisselende opvoeders, communicatieve beperkingen en soms inadequate zorg (onvoldoende sensitieve responsiviteit bij de opvoeders), dat ze geen gelegenheid krijgen om gehechtheidsrelaties te ontwikkelen. Deze personen zijn, naarmate ze ouder worden, steeds moeilijker te bereiken. In hun sociale isolement doet de goed- of afkeuring van hun opvoeders en verzorgers hen nog maar weinig, waardoor hun gedrag niet meer goed bij te sturen is. Dit betekent dat kinderen/ volwassenen niet meer te beïnvloeden zijn door middel van sociale goedkeuring (aanmoedigingen) of afkeuring (onbereikbaar worden). Dit beperkt de mogelijkheden voor het geven van gedragstherapie, juist omdat daarbij bij voorkeur wordt gewerkt met sociale gedragsbeïnvloeding (Scott & Dadds, 2009).

De aanpak van de ITGG is een intensieve aanpak omdat de behandelaar eerst investeert in het opbouwen van vertrouwen/een relatie met de cliënt. Dit vraagt, naast het frequente aantal therapie sessies, een hoge mate van sensitieve responsiviteit van de behandelaar (Sterkenburg & Schuengel, 2010). Die opbouw van de gehechtheidsrelatie vormt een buffer tegen stress bij de cliënt (Schuengel et al., 2009; Sterkenburg & Schuengel, 2011) en dit maakt de interventie effectiever in het veranderen en verminderen van gedragsproblemen (waar in fase 2 van de interventie aan wordt gewerkt). De intensieve aanpak van de ITGG blijkt ook uit het verbreden van het netwerk van gehechtheidsrelaties door de behandelaar na het opbouwen van een gehechtheidsrelatie met de cliënt. Hier wordt voor gekozen in de ITGG (fase 3) omdat cliënten met meerdere mensen tegelijk gehechtheidsrelaties kunnen onderhouden (De Schipper, Stolk, & Schuengel, 2006; Juffer, 1993) en de belangrijke anderen zodoende ondersteund worden bij hun interacties met de cliënt. De behandelaar kan zo langzaam de behandeling overdragen aan de belangrijke anderen van de cliënt.

## Waar bestaat de aanpak van de ITGG uit?

### *Opbouw gehechtheidsrelatie*

De ITGG maakt gebruik van elementen uit de *gehechtheidstheorie*. Omdat er sprake kan zijn van pathogene zorg is de eerste fase van ITGG gericht op het ontwikkelen van een gehechtheidsrelatie. De gehechtheidstheorie richt zich op de cliënt en de belangrijke ander (Bowlby, 1984). Bowlby (1984) beschrijft vier stappen van de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie:

1. In de eerste fase van gehechtheid laat het kind gedrag zien duidend op een behoefte aan nabijheid, verzorging of troost zonder hierbij het onderscheid te maken tussen verschillende mensen. Het kind is in deze fase in staat om zijn ogen te richten op beelden, ook wel configuraties die sterk lijken op het menselijk gezicht.
2. In de tweede fase van gehechtheid laat het kind gedrag zien duidend op een behoefte aan nabijheid, verzorging of troost naar een of twee verzorgers die regelmatig met het kind omgaan. In deze fase herkent het kind de stem van de specifieke opvoeder en reageert hierop met een glimlach, geluid of andere blijk van herkenning.
3. In de derde fase van gehechtheid wordt het kind gerustgesteld door de nabijheid van de vaste gehechtheidspersonen. In deze fase laat het kind naast het passieve gehechtheidsgedrag (signalen uitzenden, aandacht vragen van opvoeder) met name actief nabijheid-zoekend gedrag zien richting de belangrijke ander (achterna kruipen, meebewegen). Het kind wil enerzijds exploreren en anderzijds de nabijheid van de belangrijke ander opzoeken wanneer het kind geconfronteerd wordt met een vreemde persoon of omgeving. Aan het einde van deze fase leert het kind om zich interne voorstellingen te maken van anderen. Er komt ook een steeds duidelijker onderscheid tussen zichzelf en de ander (Schuengel & Janssen, 2011).



4. In de vierde fase van de gehechtheid is het kind in staat om rekening te houden met en zich in te leven in de wensen en plannen van de belangrijke ander. Het kind zal ondervinden dat de plannen van de ouder niet altijd overeen komen met de zijne. In deze fase komt de psychische nabijheid centraal te staan; het kind weet dat de opvoeder er steeds voor hem/haar zal zijn en nabijheid, verzorging, vertroosting en bescherming zal bieden wanneer dit nodig is.

De bovenstaande stappen van Bowlby (1984) worden in de eerste fase van de ITGG gevolgd. De eerste fase van de ITGG bestaat uit het vormen van een gehechtheidsrelatie tussen cliënt en behandelaar omdat deze een buffer vormt tegen stress bij de cliënt. Het blijkt voor kinderen met een beperking zeer goed mogelijk een gehechtheidsrelatie met een professionele zorgverlener op te bouwen (De Schipper, Stolk, & Schuengel, 2006; Zegers, Schuengel, Van IJzendoorn, & Janssens, 2006). De behandelaar realiseert de gehechtheidsrelatie door gevoelig te zijn voor de signalen die de cliënt uitzendt (sensitiviteit) en door adequaat te reageren op deze signalen (responsiviteit zoals het bieden van nabijheid, het geven van complimenten, geruststelling, etc.). De behandelaar kan goed aansluiten bij de cliënt door gedrag en emoties te spiegelen (Sterkenburg & Dyzel, 2020; 2021; Sterkenburg, Meddeler-Polman, & Schrijver, 2020). De stappen van Bowlby zijn tevens vertaald naar het doel behorende bij de eerste fase van de ITGG, namelijk: dat er een gehechtheidsrelatie tussen de cliënt en de behandelaar opgebouwd wordt en de cliënt in staat is om hulp, ondersteuning of troost te zoeken bij de behandelaar. Bovendien zijn de stappen van Bowlby terug te vinden in de specifiekere subdoelen van de ITGG die beschreven zijn voor de cliënt. De subdoelen hebben betrekking op contact maken, samen bewegen met de behandelaar, nabijheid opzoeken van de behandelaar, reageren op initiatieven van de behandelaar, het contact met de behandelaar vasthouden, speelgoed/objecten/de omgeving exploreren, alleen spelen als de behandelaar de ruimte verlaat en het contact herstellen als de behandelaar de ruimte weer binnenkomt.

### *Gedragstherapie*

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

### *Generalisatie*

De derde fase van de ITGG is gericht op het bevorderen van de relatie tussen de cliënt en zijn opvoeders. Vanuit de gehechtheidstheorie weten we dat het opbouwen van gehechtheidsrelaties met meer dan een opvoeder plaatsvindt (Juffer, 1993). Elk individu kan gehechtheidsrelaties met meerdere opvoeders internaliseren. Dit wordt een gehechtheidsnetwerk genoemd. Uit onderzoek van De Schipper, Stolk en Schuengel (2005) blijkt dat professionele zorgverleners gehechtheidsfiguren kunnen zijn voor kinderen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Dit betekent dat begeleiders kunnen fungeren als een veilige haven en zodoende de gehechtheidsproblemen kunnen compenseren die personen met een visuele- en verstandelijke beperking eerder hebben opgedaan. Door veilige gehechtheidsinteracties tussen de begeleider en de cliënt zal de cliënt in tijden van stress zijn emoties adequater kunnen reguleren. Het belang van sensitieve responsiviteit van de begeleider wordt

benadrukt omdat er wordt verwacht dat deze veilige cliënt-begeleiderinteracties versterkt (De Schipper, Stolk, & Schuengel, 2005). De behandelaar zal in de derde fase werken aan het verbreden van het netwerk van gehechtheidsrelaties.

Een gefaseerde behandeling is gewenst omdat de gehechtheidsrelatie de stress reguleert en de cliënt vervolgens nieuw gewenst gedrag kan aanleren (Schuengel et al., 2009). De behandelaar zal in deze fase gebruik maken van videobeelden. Uit onderzoek blijkt dat het bespreken van de interacties van het kind met de ouders/begeleiders met behulp van videobeelden bijdraagt aan een adequater inzicht bij de ouder/begeleider in de behoeften van het kind (Steele et al., 2014). Video-feedback biedt de mogelijkheid om signalen en uitingen van de cliënt zichtbaar te maken, waardoor de observatievaardigheden van de ouder/begeleider en zijn/haar empathie voor de cliënt gestimuleerd worden. De behandelaar zal aan de ouder/begeleider vragen om namens de cliënt te spreken ('speaking for the child'). Dit betekent dat de ouder/begeleider het gedrag, de emoties en de expressies die de cliënt in de video laat zien, onder woorden zal brengen. Ouders/begeleiders worden op die manier gestimuleerd om te kijken vanuit het perspectief van de cliënt. Daarnaast zal aan de hand van de sensitiviteitsketen uitgelegd worden wat het belang is van het passend reageren op de signalen die de cliënt heeft laten zien. De keten bestaat uit het signaal van de cliënt → respons door belangrijke ander → reactie van de cliënt (bijvoorbeeld: huilen → de cliënt op schoot nemen/wiegen → rustigere ademhaling) (Juffer et al., 2017). De behandelaar zal dus proberen om de sensitieve responsiviteit bij de ouders/begeleiders van de cliënt te versterken (zoals beschreven in de subdoelen voor de ouder/begeleider) (VIPP-V: Platje et al., 2018) en laten zien hoe door middel van sociale beloning ongewenst gedrag bij de cliënt verminderd kan worden. Een (bijkomende) visuele beperking vraagt extra sensitiviteit van ouders/begeleiders om de zintuigelijke mogelijkheden van de persoon goed te kunnen zien en de signalen adequaat te interpreteren. Personen met een visuele beperking missen de visuele aantrekkingskracht van de omgeving, waardoor ze minder uitgedaagd worden om de omgeving te onderzoeken. Daarnaast laten personen met een visuele beperking meer 'stereotype' spel zien in vergelijking met personen zonder een visuele beperking (bijvoorbeeld speelgoed in een rij zetten of voorwerpen rondraaien) (van Duijvenboden, Pietersen, & Straus, 2018). Video-opnamen en feedback kunnen inzicht geven in het

gedrag en de signalen van de cliënt en kunnen ouders/begeleiders ondersteunen om de ontwikkeling van de cliënt te stimuleren, bijvoorbeeld om op onderzoek uit te gaan.

In deze fase kunnen ook andere vormen van relationeel contact worden gestimuleerd. Zo zal het belang van volgend spel worden besproken. Hulpmiddelen kunnen worden ingezet om een context te creëren waarin relationeel en volgend spel een belangrijke plaats heeft, onder meer door gebruik te maken van de Barti-mat, een interactief spelkleed (Dyzel, Dekkers-Verbon, Toeters & Sterkenburg, submitted) en de EMB-toolkit (Van Wingerden, Bos & Sterkenburg, submitted).

De behandelaar zal bij het bespreken van de videobeelden de elementen van bovengenoemde theorieën verbinden aan de subdoelen die geformuleerd zijn voor de cliënt en voor de ouder/begeleider. Voor een uitgebreide beschrijving en behandelprotocol voor ITGG zie: Sterkenburg en Schuengel (2020).

## 13 Onderzoek

De resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar het effect van ITGG toonden aan dat de ITGG-therapeut fungeerde als een veilige haven voor de cliënt in tijden van angst, stress en vermoeidheid én als een veilige basis voor exploratie van de cliënt (Schuengel et al., 2009; Sterkenburg & Schuengel, 2010, 2011).

In dit onderzoek naar de effectiviteit van de ITGG-therapie alterneerden twee therapeuten in het aanbieden van de ITGG- en de controlesessies volgens een *alternating treatments design*. In de eerste fase van de behandeling hadden de cliënten afwisselend sessies met de gehechtheidstherapeut (waarbij geprobeerd werd om een gehechtheidsrelatie op te bouwen) en met de controgetherapeut (waarbij enkel positieve aandacht werd geboden aan de cliënt). Tijdens de tweede fase van de behandeling gaven beide therapeuten dezelfde gedragstherapie. Om te beoordelen of de ITGG-therapeut als een veilige haven ging fungeren voor de cliënt, is hierbij gekeken of de cliënt tijdens momenten van stress meer nabijheid zoekend gedrag liet zien bij de ITGG-therapeut dan bij de controgetherapeut (Schuengel et al., 2009). En om te beoordelen of de ITGG-therapeut

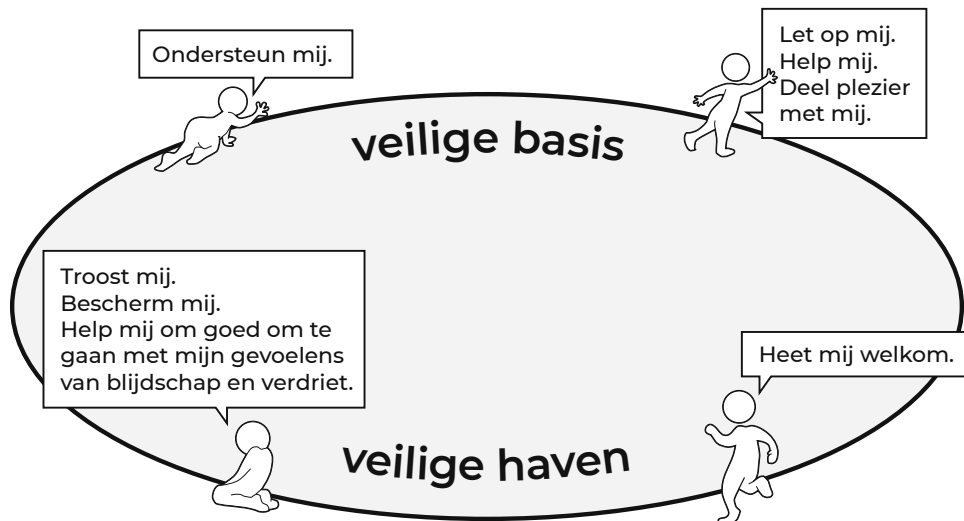
als een veilige basis ging fungeren voor de cliënt, is gekeken of de cliënt meer explorerend gedrag liet zien tijdens de sessies met de ITGG-therapeut dan met de controletherapeut. Hierbij werd ook onderzocht of het explorerend gedrag gericht op de ITGG-therapeut ging verschuiven naar het exploreren van objecten (Sterkenburg & Schuengel, 2010, 2011).

Uit het onderzoek bleek dat de ITGG-therapeut al snel beduidend meer gehechtheidsgedrag ontlokte bij de cliënten dan de controletherapeut. De resultaten toonden aan dat de cliënten significant langere periodes van actief en zeer actief nabijheid zoekend gedrag lieten zien. Daarnaast toonden de cliënten ten tijde van hoge opwinding beduidend langere periodes van (zeer) actief nabijheid zoekend gedrag naar de ITGG-therapeut dan naar de controletherapeut (Schuengel et al., 2009). De ITGG-therapeut fungeerde ook als veilige basis voor de cliënten. De cliënten vertoonden bij de ITGG-therapeut in Fase 1.1 (Bonding) en Fase 1.2 (Symbiose) meer exploratie van de behandelaar en in Fase 1.3 (Stimulatie tot individuatie) meer exploratie van objecten, dan bij de controletherapeut (Sterkenburg & Schuengel, 2010, 2011). Dit was ook zichtbaar in de fase van de gedragstherapie. Dat is een stressvolle fase, waarin situaties worden opgezocht die voor de cliënt moeilijk zijn en daardoor aanleiding kunnen geven tot probleemgedrag. De ITGG-therapeut en de controletherapeut voerden een identiek gedragstherapie-protocol uit, dat voor elke cliënt was opgesteld. Uit psychofysiologische metingen tijdens de sessies, gebaseerd op registratie van de hartslag en ademhaling, kon worden opgemaakt dat de gedragstherapie met de ITGG-therapeut aanzienlijk minder stressvol was dan met de controletherapeut. 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 therapie sessies als in de dagelijkse leefomgeving. Dit positieve effect bleek uit de begin- en eindiagnose aan de hand van het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP; Kramer, 2001), de Storend Gedragschaal-Z (SGZ) (Kraijer & Kema, 1994), de dagelijkse observatielijsten en de onafhankelijke observaties van de therapie sessies. Reeds in de eerste fase van de therapie was het probleemgedrag aanzienlijk verminderd, en de daling werd vervolgd in de tweede en derde fase van de behandeling. De ITGG-therapeut bleek effectiever dan de controletherapeut aangezien de cliënten significant meer gewenst gedrag vertoonden tijdens de gedrags-

therapiesessies met de ITGG-therapeut. Hieruit kan worden opgemaakt dat ITGG bij deze cliënten effectiever was dan alleen gedragstherapie die aangeboden werd door een therapeut met wie de cliënt weliswaar vertrouwd was, maar met wie deze geen gehechtheidsrelatie had opgebouwd (Sterkenburg, Schuengel & Janssen, 2008).

## 14 'Cirkel van Veiligheid'

De 'Cirkel van Veiligheid' is ontwikkeld door Marvin, Cooper, Hoffman en Powell (2002) en wordt vaak gebruikt bij het beschrijven van het proces van gehechtheid.



### *Cirkel van Veiligheid*

*Gebaseerd op: De Cirkel van veiligheid: wat kinderen nodig hebben van hun ouders (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002; Powell, Cooper, Hoffman & Marvin, 2016).*

Een veilige haven betekent dat iemand kan terugvallen op een belangrijke ander die emotioneel beschikbaar is en die troost en bescherming kan bieden. Zo'n sensitieve responsieve gehechtheidsfiguur zal bijdragen aan emotieregulatie (Sterkenburg, Zaal & Dekkers-Verbon, 2021). Wanneer er sprake is van een veilige basis betekent dit dat iemand ruimte heeft om te exploreren, om de omgeving te

ontdekken en hierin waar nodig ondersteund wordt door de belangrijke ander/verzorger. Je ondersteunt de exploratie van de persoon. Het bijbehorende citaat is: ‘Voor mij moet je... mijn exploratie ondersteunen’.

Leren en ontdekken gaat niet zonder horten of stoten. Wanneer iemand bang is of geruststelling/nabijheid nodig heeft, kan hij/zij troost zoeken bij de belangrijke ander (veilige haven). Vervolgens, nadat troost en bescherming is geboden, kan de persoon weer verder gaan met het ontdekken van de omgeving (vanuit de veilige basis). De veilige basis en de veilige haven hebben elkaar nodig. De persoon voelt zich veilig als er een balans is tussen de veilige basisfunctie en de veilige havenfunctie (Powell et al., 2016).

## 15 Procesevaluatie van de ITGG-interventie

Sinds 2006 is er een jaarlijkse scholing binnen de RINO-groep Utrecht: de Basiscursus Gehechtheidstherapie. Na deze cursus hebben elf orthopedagogen ook de Gehechtheidstherapie praktijkcursus gevolgd. Deze bestaat uit twaalf maandelijksse bijeenkomsten van maximaal drie uur in een groep van twee à drie cursisten of individueel een uur per bijeenkomst. Hierbij leren cursisten de therapie onder supervisie zelfstandig uit te voeren. Aan allen die tot 2019 de supervisie hebben ontvangen, is via de mail een link gestuurd naar een vragenlijst die digitaal in Qualtrics anoniem kon worden ingevuld. Zes ITGG-behandelaren vulden de vragenlijst in. Vier van de zes respondenten (66,7%) startten drie jaar geleden met het geven van de ITGG-behandeling, een respondent (16,7%) twee jaar geleden en de laatste respondent is onlangs gestart.

Uit de digitale vragenlijst blijkt dat het behandelprotocol in de praktijk toegepast kan worden, zoals het ontwikkeld en getoetst is, en er niet veel aan verbeterd hoeft te worden. Het lukt bijna alle respondenten om het behandelprotocol goed aan te houden, wel zijn er enkele valkuilen. Een suggestie voor verbetering van het protocol is dat het praktisch meer toepasbaar wordt gemaakt voor personen met motorische beperkingen (bijvoorbeeld voor hen die rolstoelgebonden

zijn). Daarnaast lukt het niet iedereen het traject binnen een jaar af te ronden. Hier zou meer rekening mee gehouden kunnen worden. Er wordt opgemerkt dat het ITGG-traject langer duurt bij volwassen cliënten, dit omdat het leerproces langzamer verloopt bij een volwassen cliënt dan bij een kind in ontwikkeling. Aangezien het een intensieve therapie is (drie sessies per week) en de behandeling vaak uitloopt, is de doorstroom niet heel hoog. Respondenten geven aan dat er vraag is naar de therapie en dat er cliënten zijn die op een behandeling wachten. Mogelijk kunnen er in de toekomst meer therapeuten worden opgeleid die de therapie kunnen aanbieden. Bijna alle respondenten doorlopen alle fases van de therapie goed. Bij één respondent lukt dat niet tijdens de tweede of de derde fase, maar die doorloopt alle subfases van de eerste fase wel goed. De helft van de cliënten met een ernstig meervoudige beperking (EMB) komt terug voor behandeling omdat bijvoorbeeld de implementatie niet succesvol was of de implementatie verwaterd was door teamwisselingen. Meer aandacht zou daarom kunnen worden besteed aan de gedrags-therapie- en generalisatiefase en aan algemeen advies voor begeleiders/ouders na afloop van de interventie.

## 16 ITGG in de praktijk

De procesevaluatie toont aan dat handvatten voor de gedrags-therapie- en generalisatiefase aan het protocol toegevoegd kunnen worden. De ervaringen van de respondenten en van andere ITGG-therapeuten kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Daarom is besloten om de verschillende ervaringen van zeven ITGG-therapeuten te bundelen, zodat deze andere therapeuten kunnen inspireren en de aanpak van deze therapeuten naast de eigen aanpak kan worden gelegd.



# 17 Behandeling van kinderen en volwassenen met een visuele-en-verstandelijke beperking

In Sterkenburg en Braakman (2019) worden algemene aandachtspunten beschreven voor de behandeling van kinderen en volwassenen met een visuele-en-verstandelijke beperking. Deze punten zijn:

- a. Het is belangrijk om te letten op een veilige therapiesituatie; als het voor de cliënt mogelijk is om te kiezen, is het belangrijk dat de cliënt zelf aangeeft waar hij/zij zou willen zitten (met de rug naar het raam of met een schuine licht inval).
- b. Let op meubels, onder meer op afgeronde tafelhoeken.
- c. Let op het voorkomen van geluidshinder.
- d. Let op een heldere overdracht van kennis en informatie aan de cliënt, ouders en begeleiders.
- e. Let op het gebruik van contrasterende kleuren en grote pictogrammen.
- f. Bij oefeningen: let op de lengte van de oefening en maak gebruik van begrijpelijke taal.
- g. Let op het betrekken van ouders en begeleiders bij de behandeling, aangezien zij signalen of gedrag gerelateerd aan de visuele beperking kunnen helpen ‘vertalen’.

Binnen de ITGG kan verder gelet worden op de volgende punten: Zorg voor voorspelbaarheid door uitleg te geven over waar je gaat zitten, wat je gaat doen en wat er in de omgeving gebeurt. Ook herhaling van uitleg kan belangrijk zijn voordat de cliënt goed begrijpt wat er gaat gebeuren en/of wat er van de cliënt wordt verwacht. Mensen met een visuele beperking hebben meer tijd nodig om informatie te verwerken: geef de cliënt dan ook de nodige tijd en denk eraan om je tempo te verlagen. Noem ook de naam van de cliënt tijdens het aangaan van het contact, want door de naam van de cliënt te noemen, weet de cliënt dat je tegen hem/haar praat. Naast benoemen van wat in de omgeving gebeurt, is benoemen wat de cliënt doet en voelt belangrijk. We noemen dit spiegelen van emoties en gedrag (Sterkenburg et al., 2020). Let bij cliënten met een visuele beperking nog meer op je stemtoon en het ritme in je taalgebruik. Probeer rustig te praten, waardoor je de cliënt met veel stress tot rust kan brengen. Herhaal je boodschap, bijvoorbeeld:

‘Spannend hé, we zitten gewoon even samen op de bank’; ‘Spannend hé, ik zit gewoon even bij jou op de bank’; ‘Zo, even samen zuchten terwijl we samen op de bank zitten’.

Wanneer speelgoed of voorwerpen worden gebruikt tijdens de behandeling, plaats het speelgoed of de voorwerpen dan op een vaste plaats. De cliënt kan er dan ook, over de loop van de tijd, zelf naar op zoek gaan.

# Deel 2 Praktijk



# Inleiding

In Deel 1 is de wetenschappelijke onderbouwing en de behandeling uitgebreid beschreven. De behandeling sluit aan bij de mediërende methodieken (Dozier, Highley, Albus, & Nutter, 2002; Došen, 1990; Došen & Day, 2001; Fisher, Ellis, & Chamberlain, 1999). Deze integreert het opbouwen van een relatie (gehechtheidstheorie) met het aanleren van nieuw gewenst gedrag (leertheorie). Het behandelprotocol voor Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) is ook uitgebreid beschreven in Sterkenburg en Schuengel (2020) en er is wetenschappelijke onderzoek gedaan naar effecten ervan en naar de onderliggende mechanismen voor verandering (Schuengel, De Schipper, & Sterkenburg, 2003; Sterkenburg, Janssen, & Schuengel, 2008; Sterkenburg, Schuengel, & Janssen, 2008; Schuengel, Sterkenburg, Jeczynski, Janssen, & Jongbloed, 2009).

In Deel 2 zullen verschillende casussen worden beschreven. Iedere casus is beschreven door een behandelaar. Daarom zal per casus de beschrijving vanuit de ik-vorm plaatsvinden. Direct betrokkenen hebben toestemming gegeven voor het publiceren van de casussen die tevens geanonimiseerd zijn.

Eerst wordt er een korte impressie van de cliënt, de problematiek en de voorbereiding op de ITGG-therapie gegeven. Daarna volgt een beschrijving van het verloop van de ITGG-behandeling in de fasen en sub-fasen ervan, namelijk:

## Fase 1: Gehechtheidstherapie

Fase 1.1: Bonding - contact maken

Fase 1.2: Symbiose

Fase 1.3: Stimulatie tot individuatie

## Fase 2: Gedragstherapie

## Fase 3: Generalisatie

Vervolgens bespreken we in iedere casus de afronding ervan en de terugkoppeling aan verwanten van de cliënt. De behandelaren stellen zichzelf voor aan het einde van de casus.

# 1 Casus Eva

Een jongvolwassen vrouw met een visuele, motorische en ernstig verstandelijke beperking.

*Margot Vos*

## 1 Introductie van de casus

### 1.1 Aanmelding en diagnostiek

Eva is een jongvolwassen vrouw met een visuele, motorische en ernstig verstandelijke beperking. Er is geen aanwijsbare oorzaak voor haar verstandelijke beperking. Gezien de multipale aangeboren afwijkingen wordt gedacht aan een syndroom, echter genetisch onderzoek levert hiervoor geen bewijs. Kort na haar geboorte is zij geopereerd aan een hartafwijking. Ze is slechtziend en heeft complexe oogafwijkingen, waarvoor zij op jonge leeftijd enige operaties heeft ondergaan. Eva hoort goed, zij begrijpt eenvoudige zinnen. Zij spreekt niet maar communiceert via gedrag. Zij is graag bezig met geplastificeerde felgekleurde foto's en met tijdschriften. Hiermee wappert, gooit en ritselt zij. Er is sprake van spanningsopbouw en ernstige automutilatie. Deze automutilatie heeft tot lichamelijke en functionele schade geleid. Begeleiders ervaren ernstige handelingsverlegenheid. Eerder uitgevoerd onderzoek met het *Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag* (CEP), geeft aan dat er sprake is van zeer ernstige problematiek (score 3).

In 2015 wordt er onderzoek naar gehechtheid uitgevoerd met als vraagstelling: Is er sprake van gehechtheidsproblematiek en zo ja, welke behandeling is dan geïndiceerd? Voor de diagnostiek is gebruik gemaakt van de *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* (LSVG) (Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993). Beide ouders en de persoonlijk begeleider zijn hiervoor geïnterviewd. Ook is er een dossieranalyse uitgevoerd. Als tweede is onderzoek gedaan naar gehechtheidsgedrag. Dit is uitgevoerd met de *Clinical Observation of Attachment* (COA). De resultaten van deze COA zijn meegenomen in de beoordeling van de Lijst Signalen van Verstoord Gedrag (LSVG). Diagnostiek was gedaan zoals beschreven in Dekker-Van der Sande & Janssen, 2010).

De gemiddelde score van 24,1 op de LSVG geeft aan dat er waarschijnlijk sprake is van verstoorde gehechtheid. In 2016 wordt Eva aangemeld voor ITGG via het adviespunt van de zorgorganisatie waar zij haar dagbesteding heeft. Er is een wachtlijst, waardoor de behandeling pas in het voorjaar van 2017 kan starten. Het traject loopt tot juli 2019.

## 1.2 Voorbereiding ITGG

Eva woont thuis bij haar ouders. Ze komt overdag naar het Dagcentrum dat verbonden is aan een woonvoorziening. Eva heeft in een van de woongroepen naschoolse opvang. In de nabije toekomst zal zij ook een logeerplek krijgen in deze woongroep. De ITGG is gegeven op het Dagcentrum, in nauwe samenwerking met het team daar.

Ik heb samen met de persoonlijk begeleider besproken waar en op welke tijden de therapie gegeven wordt. In eerste instantie hebben we gekozen voor een vaste tijd op vaste dagen: elke maandag-, woensdag- en vrijdagochtend. Het was lastig om een vaste plek te kiezen; de plek moest vertrouwd zijn, in een rustige omgeving en er moest gefilmd kunnen worden. We kwamen in eerste instantie uit op een logeerkamer op de benedenverdieping, maar al bij de eerste sessie bleek dit een onbekende en daardoor onveilige plaats te zijn. Daarom hebben we de therapie verplaatst naar haar eigen ruimte in het Dagcentrum. Daar accepteerde Eva mij wel. Echter, het nadeel was dat ik daar niet kon filmen. Toen het eerste contact gelegd was, hebben we daarom de therapie verplaatst naar de voor haar bekende gymzaal.

De persoonlijk begeleider heeft Eva's ouders geïnformeerd en een intakegesprek gepland. In dit gesprek is toegelicht waar ITGG voor staat, wat de verwachtingen zijn en zijn er afspraken gemaakt over werkwijze, onderlinge communicatie, toestemming voor inzage in het dossier en het gebruik van filmmateriaal. We spraken af dat ik zou rapporteren over elke sessie, zowel naar haar ouders als naar de persoonlijke begeleider. Periodiek zouden we met haar ouders en persoonlijk begeleider een tussenevaluatie hebben. Met het team van de groep op het Dagcentrum zou ik na elke sessie een korte terugkoppeling geven.

## 2 ITGG-therapie

### 2.1 Fase 1 Gehechtheidstherapie

#### *Fase 1.1 Bonding - contact maken*

In eerste instantie had ik voor de sessies een ruimte gekozen buiten het Dagcentrum. In deze ruimte begon Eva zichzelf in het gezicht te stompen en te huilen. Ze ging wisselend op het bed of op het kussen liggen. Ik volgde haar, maar ze liet zich niet door mij sussen. Dit duurde enige tijd. Toen ze zichzelf zo hard stompte dat haar neus begon te bloeden, nam ik haar mee naar de wasruimte en heb ik haar handen en gezicht met een nat washandje afgenomen. Omdat ze hier rustiger van leek te worden, heb ik dit een paar maal herhaald. Daarna liep Eva naar de deur. Toen ik bij haar ging staan, sloeg zij haar arm om mijn schouders en trok zij aan de deurknop. Ik vatte dit op als een vraag om uit de ruimte te mogen en opende de deur. Ik verwoordde dit en haar begeleidend liepen we samen terug naar het Dagcentrum, waar we nog even in haar ruimte zijn blijven zitten. Daar accepteerde Eva mijn aanwezigheid wel. Op grond van die eerste ervaring ben ik de twee sessies daaropvolgend in haar eigen ruimte gebleven. Eva accepteerde mijn aanwezigheid daar. Als ze de ruimte uitliep, volgde ik haar. Als ze weer terug ging naar haar ruimte, liep ik weer met haar mee.

Toen het eerste contact tot stand was gekomen, ben ik na ongeveer twee weken voor de sessies naar de gymzaal gegaan. Aanvankelijk ging Eva niet direct met mij mee als ik haar uitnodigde: ze stompte zichzelf in haar gezicht of liep van me weg. Het bleek belangrijk te wachten tot zij zelf aanstalten maakte om met mij mee te gaan, en duidelijk te verwoorden wat we gingen doen. Dit werd een vast ritueel; ik bleef met een plastic bak foto's en tijdschriften bij haar staan, tot ze reageerde. Dan kon ik haar uitnodigen om met mij mee te gaan. Na een paar keer reageerde Eva direct op mijn aanwezigheid door op te staan en mijn hand te pakken. De plastic bak is gedurende de hele therapietijd het teken gebleven dat wij samen iets gingen doen. Naast de groeiende bereidheid van Eva om met me mee te gaan, beleefden we plezier tijdens de sessies. Ze kon op sommige momenten breed lachend aan mijn haren trekken. Dit was een signaal van contact maken. Later nam zij een meer ontspannen houding aan en kwam ze vaker tegen me aan liggen.



In de gymzaal volgden we aanvankelijk ook een vast ritueel waarin de omgeving steeds hetzelfde bleef, evenals het verloop van de sessie. Na verloop van tijd had zij ook dit ritueel niet meer nodig en kon hierin gevarieerd worden. De duur van een sessie werd in het begin bepaald door Eva; na korte of langere tijd stond ze op en liep ze naar de deur van de gymzaal. Ik heb dat opgevat als dat ze terug wilde naar de groepsruimte en heb haar hierin gevolgd. Langzaam kon Eva langer blijven. Enerzijds omdat ze dat zelf wilde, anderzijds omdat ik het moment probeerde te rekken als ze bij de deur ging staan (zie hiervoor Symbiose). Een tijdje later kon Eva zo lang blijven dat ik het signaal om te stoppen kon geven. Hiervoor hadden we ook een ritueel ontwikkeld: om op te kunnen staan, had Eva mijn hulp nodig. Ik ging op mijn knieën zitten en Eva stond dan, steunend op mijn schouders, op. Dit ritueel hebben we in latere sessies weer losgelaten; de aankondiging dat ‘het klaar was en dat we gingen opruimen’ was dan voldoende herkenbaar.

### *Fase 1.2 Symbiose*

In de gymzaal werkten we op een groot zitkussen. Eva ging hierop zitten, zocht wat foto's of een tijdschrift uit de bak, die ik altijd binnen handbereik plaatste zodat zij deze zelf gemakkelijk kon vinden, en ging dan liggen om er mee te wapperen. Ik ging naast haar zitten of liggen. In de eerste maanden zocht Eva veel fysiek contact: ze sloeg haar benen over die van mij, sloeg haar arm om mij heen, of rolde zich op, tegen mij aan. Ik sloot hierbij aan door mijn arm om haar schouders te leggen, te wiegen, te zingen, en haar schouders of bovenarmen te masseren.



In deze momenten kon zij hard aan mijn haar trekken. Haar moeder benoemde dat als een 'blijk van liefde'. Ik heb het ook zo opgevat: als zij aan mijn haar trok, legde ik mijn hand over die van haar, ging ik mee in de beweging en benoemde ik haar emoties. Hierdoor ging ik mee in het contact maken door de cliënt, maar zonder dat het haar-trekken pijn deed. Door mee te bewegen, ontspande zij wat en liet zij mijn haar weer los. Het trekken aan mijn haar is in de loop van de tijd verdwenen, maar dat had mogelijk ook te maken met het feit dat ons contact na verloop van tijd minder fysiek werd.

Ik spiegelde haar spel met foto's en tijdschriften. Tussendoor zorgde ik er voor dat haar foto's weer bij haar terugkwamen, als zij ze door de hele ruimte had gegooid. Na verloop van tijd heb ik hier variaties in aangebracht: Eva gooide foto's weg en ik gooide ze weer terug; of ik gaf haar foto's aan, die zij vervolgens weggooide. We konden samen wapperen of bladeren in een tijdschrift, of we zaten er samen in te 'neuzen' (soms letterlijk: het verkleinen van de kijkafstand vanwege haar visuele beperking!), waarbij ik met zachte stem alles benoemde wat er op de bladzijde te zien was; en waarbij ik dan ook nog benoemde dat het lekker rook...

Eva ging al snel dingen aan mij vragen door mij aan te tikken, door mijn hand in een bepaalde richting te duwen of door mij naar een bepaalde plek te brengen. Hier ging ik steeds positief op in, waardoor het vragen toenam en zij ook meer initiatief ging nemen in de activiteiten die we tijdens de sessies deden. Aansluitend kon ik op een *in-tune out-of-tune* wijze reageren. Ik ging niet direct in op haar vragen, maar wachtte af. Bijvoorbeeld als Eva bij de deur ging staan (teneinde de sessie te stoppen) liep ik een rondje met haar door de gymzaal en ging ergens anders met haar zitten om verder te spelen. Of na een duwtje tegen mijn arm wachtte ik even tot zij duidelijker aangaf wat zij wilde.

Er waren regelmatig momenten van onrust en automutilatie. Ik probeerde haar dan te sussen en te troosten. Bij de pogingen om haar te troosten, stopte de automutilatie vrij snel. Het verdriet was moeilijker te sussen. Eva kon tot 20 minuten tegen me aan blijven liggen en huilen. Na een paar maanden werden deze periodes van onrust en huilen steeds korter. Eva liet zich sneller troosten, waarna ze weer verder kon spelen. Daarna kwamen onrust en automutilatie tijdens de sessies nog maar sporadisch voor.

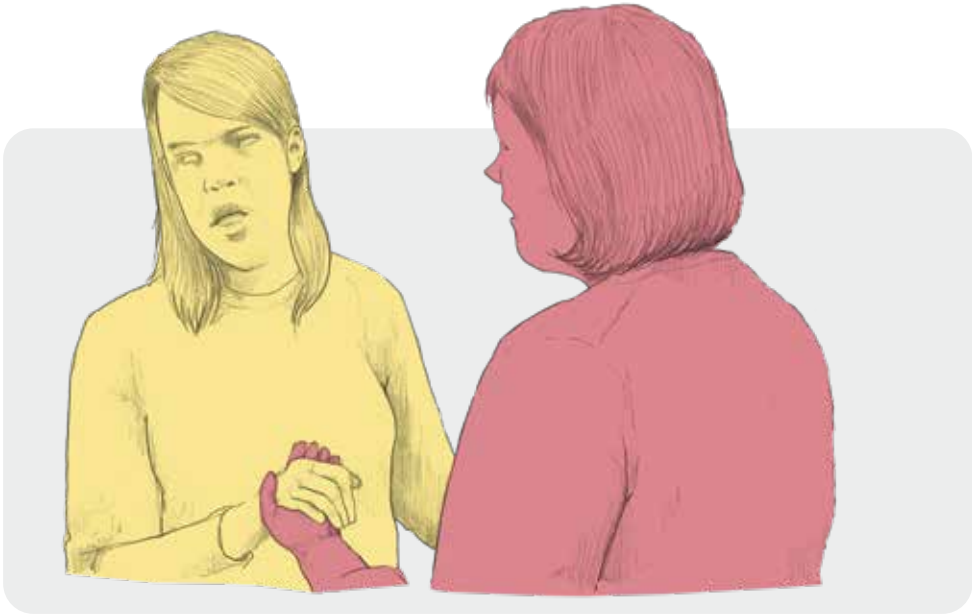
### Fase 1.3 Stimulatie tot individualisatie

Na verloop van tijd heb ik ons spel met foto's en tijdschriften uitgebreid - rekening houdend met haar visuele beperking - met ander spelmateriaal, zoals muziekdoosjes, muziekboekjes, stekelballetjes en balletjes met licht. Zo gooide ik tussen de foto's door ineens een balletje. Ook namen we in de plastic bak boekjes met geluidjes mee. Eva was gek op dit soort geluidjes, waarbij ze het boekje dicht bij haar oor hield.

Ze bracht zelf een soort Kiekeboe-spel in. In de groep kon ze het prettig vinden om iets over haar hoofd te trekken, bijvoorbeeld haar jas, of een deken. In de sessies nam ik ook een deken mee. Als ze die over haar hoofd trok, riep ik: 'Waar ben je nu? Ik zie je niet meer.' En als ze de deken van zich aftrok: 'Aaah, dáár ben je weer!' Eva vond dit een heel leuk spel: ze trok keer op keer de deken over haar hoofd, wachtte dan tot ik riep: 'Waar ben je nu?', om dan lachend tevoorschijn te komen. In latere sessies kon ze ook heftig nee schudden onder haar deken, om die vervolgens weg te trekken!

Beurtwisseling bleek ook een leuk spel. Als Eva bijvoorbeeld met haar hak op de grond sloeg, deed ik dat ook. Na een paar keer ontstond er hierbij iets van een beurtwisseling: Eva sloeg met haar hak op de grond, wachtte tot ik dat ook deed en herhaalde dit dan. Ze speelde graag met een *activity centre* waar ze allerlei geluidjes uit kon halen. Ze vond het heel leuk om ermee op de grond te slaan, waarop ik 'Boem' zei. Zij herhaalde dan haar handeling en had daar veel plezier in.

Voor grotere activiteiten had Eva wat meer gewenning nodig. In de gymzaal lag een groot springkussen. Dit heb ik een aantal keren gebruikt. De eerste keer dat ik dit kussen had opgezet, negeerde ze dit. Doordat ik het de volgende keren weer opzette, ging ze er toch uit zichzelf naar toe om te kijken wat het was en klom ze heel voorzichtig op het uiterste puntje. Ze durfde, in mijn nabijheid en met haar foto's en tijdschriften in de buurt, iedere keer een stukje verder, tot ze er uiteindelijk helemaal op lag! Ook gebeurde het dat ze zelf om het luchtkussen vroeg, toen ik het een keer niet had opgezet.



Ze vroeg ernaar door me mee te nemen naar het (lege) luchtkussen en mijn hand daar naartoe te duwen. Deze zelfde gewenning zag ik ook bij het gebruik van de tovertafel in de hal. De eerste keren had ik alles klaargezet en Eva (met plastic bak met foto's en tijdschriften) meegenomen. Eva ging met mij aan tafel zitten en we hebben vooral met foto's gespeeld. De keer daarop vielen de afbeeldingen op tafel en de bijbehorende geluiden beter op. Ze kon met haar neus op tafel gaan liggen of ze keek in de richting van iets. Bij de verschillende geluidjes en muziekjes schoot ze in de lach. Na een paar keer kon Eva mij direct als ik binnenkwam al meenemen naar de tovertafel. Ook hier bleven de plastic bak en de inhoud ervan belangrijk. Als we die een keer vergaten, ging ze er speciaal voor terug!

## 2.2 Fase 2 Gedragstherapie

Na de fase van Gehechtheidstherapie was al veel van het onrustige gedrag verdwenen. Wat nog regelmatig terugkwam, was onrustig gedrag in de namiddag. Dit gedrag uitte zich als volgt: Eva was motorisch onrustig, zoekend, stond veel bij de deur of het raam. Ze kon hierbij huilen en automutileren, en accepteerde geen aandacht of afleiding. Begeleiders ervoeren ernstige handelingsverlegenheid: op zulke momenten konden zij amper meer contact met haar maken. Er werd een opzet gemaakt voor het maken van een ABC-analyse, maar

om diverse redenen lukte het de begeleiders niet om deze in te vullen. Daarom heb ik mijn sessies met Eva verplaatst naar de namiddag. Ik kon dan zelf zien wat er gebeurde en uitproberen wat Eva nodig had om uit zo'n stemming te komen. Voor een grondige ABC-analyse heb ik in een apart overleg haar dagprogramma met de begeleiders doorgenomen om meer zicht te krijgen op haar onrustig gedrag in de namiddag.

Wat betreft de sessies in de namiddag: ik trof Eva in wisselende stemmingen aan. Die varieerden van ontspannen tot zeer onrustig. Het verloop van de sessie was afhankelijk van haar stemming; ook wisselend. Toch liet ze zich wel steeds door mij troosten en kwam ze weer tot spelen en plezier hebben. Hieruit bleek voor mij, dat zij ondanks het latere tijdstip van de dag toch in staat was om van een vertrouwd persoon troost en hulp te accepteren.

Uit de gesprekken met de begeleiders bleek dat er overdag veel onrust en onduidelijkheid was. Er was weinig continuïteit in de personele bezetting en in het dagprogramma. Hierdoor ontbrak voor Eva de structuur en een evenwichtige verdeling van activiteiten over de hele dag. Gevolg was dat zij na de lunch inzakke, zich niet meer kon zetten tot activiteiten en meer behoefte had aan een vertrouwd persoon. Er is gericht actie ondernomen op deze punten: er is een vast team gevormd, bestaande uit twee vaste medewerkers op het dagcentrum die worden ondersteund door twee vaste medewerkers van de woning. In het dagprogramma staan nu de werkzaamheden en de activiteiten concreet per dagdeel uitgeschreven. De begeleiders volgen dit dagprogramma.

### **2.3 Fase 3 Generalisatie**

In de gesprekken met de begeleiders bleek ook dat zij niet goed wisten hoe zij met Eva in contact konden komen. Als ze ontspannen was, waren ze bang haar te 'storen'. Hun ervaring was dat als zij contact zochten met Eva, zij ging vragen om iets dat ze moesten weigeren. Dit kon voor Eva dan weer een aanleiding zijn om te autotuleren. Als zij gespannen en onrustig was, wisten ze niet goed hoe te handelen. De gedachte was dat zij op zo'n moment overprikkeld was en de rust van 'alleen in haar kamer zijn' nodig had. Deze rust werd haar dan ook geboden. Hierdoor was het contact buiten de verzorgingsmomenten tot een minimum gereduceerd.

Door deze onzekerheid over het contact met Eva konden begeleiders minder die vertrouwde persoon zijn die zij nodig had. Daarom is besloten om de verdere afronding van de therapie te richten op bevorderen van contact tussen de begeleiders en Eva. Hiervoor is de contact-coachingsmethode *Vijf Olifanten* gebruikt (De Geeter & Munsterman, 2017). Alle vier de teamleden hebben deze contact-coaching gevolgd. Na een inleiding op het begrip *Contact* werden de medewerkers met behulp van eigen videobeelden gecoacht op hun contact met Eva. Om een vertrouwensband met haar op te bouwen, werd afgesproken dat zij deze kennis en leerpunten dagelijks gingen inzetten in het contact met Eva. In het nieuw opgezette dagprogramma zijn dergelijke contactmomenten vast opgenomen.

Hierdoor generaliseert het vertrouwen dat Eva eerst vooral in mij had naar vertrouwen in haar begeleiders. De band die zij zo opbouwt met haar begeleiders vormt dan een buffer tegen dagelijkse stress en geeft haar ruimte voor exploratie.

### 3 Afronding

Eva heeft geleerd om een vertrouwensband op te bouwen met een vertrouwde ander. Aanpassen aan haar tempo en gebruik van herkenbare rituelen hebben haar hierbij geholpen. Met het sterker worden van de band blijkt zij deze rituelen ook weer los te kunnen laten. De band die zij nu opbouwt met haar begeleiders vormt een buffer tegen dagelijkse stress en geeft haar ruimte voor exploratie. Met haar vertrouwde begeleiders kan zij nu plezier hebben, hulp en troost vragen en nieuwe activiteiten accepteren. Eva kan een tijdelijke afwezigheid van de vertrouwde ander accepteren. Bij hereniging pakt zij de draad weer op. Ze heeft besef van beurtwisseling, maar kan zich niet inleven in de ander. Hierdoor lijkt haar manier van vragen soms wat dwingend, zonder dat zij dit zo bedoelt. Zij heeft haar eigen vertrouwde materialen zoals foto's en tijdschriften. Deze betekenen een belangrijke steun voor haar. Met deze spullen in haar buurt durft zij nieuwe uitdagingen aan.

Het doel van de ITGG, verminderen van spanningsopbouw en auto-mutileren, is voor een groot deel bereikt. Handelingsverlegenheid bij begeleiders is voor een groot deel verholpen door contact-coaching. Spanningsopbouw komt nog voor als de situatie onduidelijk is,

begeleiders die belangrijk voor haar zijn ontbreken of als zij zich lichamelijk niet lekker voelt. De aanwezigheid van tenminste één vertrouwde begeleider en een vertrouwd dagprogramma blijven een voorwaarde voor haar om zich vertrouwd en veilig te voelen. Begeleiders zullen steeds moeten werken aan hun contact met Eva. Nieuwe begeleiders zullen hierin geholpen moeten worden door onder meer een op de woning ontwikkeld ‘relatiefase-plan’ te volgen.

De ITGG is naar mijn mening een hele mooie manier om in contact te komen met een cliënt en diens vertrouwen te winnen. In het intensieve, individuele contact groeit het vertrouwen snel, waardoor gehechtheid tot stand kan komen. Mijn ervaring is dat het moeilijk is om dit over te dragen aan de begeleiders in de dagelijkse werkomgeving. Dit verdient veel aandacht. Ook is het belangrijk om kennis over te dragen over de bejegening en over de nodige extra contextuele aanpassingen, rekening houdend met haar visuele beperking.

Eva heeft snel geleerd om haar vertrouwen in de therapeut te stellen. Om dat te vertalen naar vertrouwen in haar begeleiders bleek veel moeilijker. Dat gold voor alle partijen. Zoals deze casus duidelijk maakt, bleek het eerst nodig om te werken aan het contact dat de begeleiders met Eva hadden. Er was in deze situatie sprake van heel weinig echt contact. Ook waren er vooroordelen en (misplaatste) overtuigingen in de visie op Eva. Het is belangrijk om hier als behandelaar veel aandacht voor te hebben. Dit zou dan ook een onderdeel moeten vormen van de therapie. Ik heb het in ieder geval als mijn taak opgevat om begeleiders te helpen goed in contact te komen met Eva en hun visie op haar te herzien.

Ook de praktijk zelf kan het voor alle partijen (ITGG-behandelaar, cliënt, begeleiders, verwanten) moeilijk maken om een opgebouwde vertrouwensband tussen ITGG-behandelaar en cliënt te generaliseren naar de begeleiders. Werkdruk, wisselende bezetting en dilemma's (andere cliënten) kunnen dat heel lastig maken. De praktijk moet aan belangrijke voorwaarden voldoen om de generalisatie een kans van slagen te geven. Ik denk dan aan een stabiel team, duidelijkheid en voorspelbaarheid in het dagprogramma en mogelijkheden om flexibel met mensen en opties om te kunnen gaan. Ook hiervoor is het belangrijk om veel met het team in gesprek te gaan, je in te leven in hun situatie en in de manier waarop zij die ervaren. De steun van het management is hierin ook belangrijk. Ik heb zelf veel steun ervaren

van de locatiemanager van de voorziening. Zij geeft het team nu ook veel steun hierin.

## 4 Terugkoppeling aan verwanten van de cliënt

Nadat het advies ‘starten met ITGG’ was gegeven, hebben Eva’s ouders, om organisatorische redenen, nog geruime tijd moeten wachten vóór de therapie daadwerkelijk van start kon gaan. Dit hebben zij als moeilijk ervaren. Echter, de wachttijd heeft mijns inziens geen afbreuk gedaan aan de samenwerking tussen haar ouders en mij. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over de communicatie tussen haar ouders, mijzelf, haar persoonlijk begeleider en het team. Hierdoor zijn alle partijen gedurende het proces goed op de hoogte gebleven van de voortgang.

Onrust, spanningsopbouw en automutilatie worden door zowel haar ouders als het team van het Dagcentrum als belangrijkste knelpunten benoemd. Haar ouders wisten vooraf niet goed wat ze konden verwachten van de therapie. Ze hoopten dat het hun dochter zou helpen om met minder spanning te leven. Het team hoopte, dat de therapie hun handelingsverlegenheid kon verminderen.

Moeilijke situaties waren bijvoorbeeld wanneer haar ouders wilden dat ik op een bepaalde manier op Eva en haar gedrag reageerde maar ik daar anders over dacht naar aanleiding van de theoretische uitgangspunten van de ITGG. Bijvoorbeeld, haar ouders wilden dat ik het haartrekken zou ‘verbieden’ terwijl ik ‘meebewoog’ om het contact te behouden. Dit hebben wij (haar ouders en ik) wel steeds goed kunnen bespreken. Aan de andere kant hadden zij soms ook tips of gebruiken die ik heel goed in de therapie kon passen. Met de begeleiders heb ik regelmatig gesproken over hoe zij het contact met Eva vorm konden geven, zodanig dat zij samen een band konden opbouwen. Hier is veel overlegtijd aan besteed. Medewerkers konden moeilijk loskomen van bepaalde denkbeelden. Het ‘volgen’ werd bijvoorbeeld gezien als ‘iemand steeds maar haar zin geven en dat kan toch niet’. Zij noemden: ‘Er zijn nog meer cliënten, ik kan niet alle tijd aan haar besteden’, en ‘Daar hebben we geen tijd voor, we staan altijd met tekorten’. Deze gedachten waren moeilijk te doorbreken. Een inleiding op het thema *Cirkel van Veiligheid* heeft hen, naast de contactmethode *Vijf Olifanten*, wel inzicht gegeven in hoe het gedrag



van Eva gelezen kan worden. In de bespreking van het afrondende behandelverslag konden haar ouders en haar begeleiders zich dan ook goed vinden.

## 5 Wie is de therapeut(e)?

### Margot Vos

Mijn loopbaan in de zorg begon in de psychiatrie waar ik de opleiding B-verpleegkundige volgde. Via een stagiaire orthopedagogiek kwam ik in aanraking met het vakgebied 'Orthopedagogiek'. Ik schreef me in voor de MO-A akte orthopedagogiek aan de Nijmeegse Universiteit. Met die akte op zak kon ik mij toen inschrijven voor het doctoraal gedeelte van de studie Orthopedagogiek. Nadat ik die studie had afgerond, ben ik een aantal jaren thuis gebleven bij de kinderen die toen geboren werden.

Toen mijn kinderen wat ouder werden, ben ik parttime gaan werken als begeleider in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Na een aantal jaren heb ik de orthopedagogiek weer opgepakt. Ik heb postacademisch onderwijs gevolgd, waaronder de Basiscursus gehechtheidstherapie, die mij opleidde tot ITGG-therapeut. Na een supervisietraject kon ik binnen de zorgorganisatie starten met het geven van therapie. Iets wat mij heel veel voldoening geeft, zoals uit de door mij beschreven casus wel blijkt.

## 2 Casus Jeffrey

Een jongen van negen jaar met een ernstige verstandelijke en meervoudige beperking.

*Renate Hilgers*

### 1 Introductie van de casus

#### 1.1 Aanmelding en diagnostiek

##### *Aanmelding*

Bij gedragsdeskundigen binnen de zorgorganisatie was bekend dat ik de cursus voor ITGG-behandelaar had gevolgd en bezig was met een eerste behandeltraject dat succesvol verliep. Daarom benaderde een collega mij in 2016 met de vraag of ITGG geschikt was voor Jeffrey; een toen negenjarige jongen met EVMB (Ernstige Verstandelijke en Meervoudige Beperking). Jeffrey woonde sinds 2014 op de huidige woonlocatie van de zorgorganisatie. Daarvoor woonde hij van 2012 tot 2014 op een andere plek binnen dezelfde zorgorganisatie. Jeffrey liet regelmatig signalen van stress zien, wat onder meer tot uiting kwam in hard bijten op zijn hand. Ook gaf hij regelmatig veel over, zijn gewicht was zorgelijk. Jeffrey had liefdevolle ouders met wie een mooi contact zichtbaar was. Jeffrey was een vrolijk mannetje. ‘Jeffrey pie is een echt mensenmens en maakt geen onderscheid tussen mensen’, aldus vader.

Jeffrey heeft een zeer zeldzaam syndroom (DEND-syndroom: Developmental delay Epilepsy Neonatal Diabetes). Het eerste jaar van zijn leven bracht Jeffrey in het ziekenhuis door en hij moest daar veel onderzoeken ondergaan. De jaren erna is hij ook veelvuldig opgenomen in het ziekenhuis. Hij heeft nooit bij zijn ouders gewoond en is vanuit het ziekenhuis opgenomen in een hospice waar hij vier jaar doorbracht. Hij maakte in zijn jonge jaren met zeer veel personen kennis. Die personen waren lang niet allemaal gericht op zijn emotionele behoeften. Hij kon weinig ervaren dat zijn lichaam hem kon helpen in het vervullen van zijn behoeften of dat hij zelf invloed kon uitoefenen. Dankzij intensieve meerzorg, ondersteuning van verschillende disciplines, een stabiele woon-en dagbestedingsplek en betrokken ouders werden er al wel positieve ontwikkelingen waargenomen. Het veranderen van houding en vervoer naar het kinderdag-

centrum leverden hem bijvoorbeeld minder stress op. Echter, er was ongerustheid dat de gedragsproblematiek in de toekomst zou toenemen. Deze informatie was aanleiding tot verdere diagnostiek op het gebied van gehechtheid, omdat vermoed werd dat er sprake was van een problematieke gehechtheid.

### *Diagnostiek*

Voor de diagnostiek is de Lijst Gedragssignalen van Verstoorde Gehechtheid (Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993) gebruikt. De items zijn op verschillende manieren gescoord; het dossier is gescreend op signalen van verstoorde gehechtheid, er is een interview afgenomen bij Jeffrey's ouders en een interview met een vertrouwde begeleider. De observatietest *Clinical Observation of Attachment* (COA) is uitgevoerd samen met zijn moeder en een onbekende. Twee gedragsdeskundigen scoorden de video-opname van de COA aan de hand van de Lijst Gedragssignalen van Verstoorde Gehechtheid (Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993). Dit is gedaan overeenkomstig de beschrijving in Dekker-Van der Sande en Janssen (2010). Gemiddeld was er een score van 23 voor verstoord gehechtheidsgedrag.

## **1.2 Voorbereiding ITGG**

In het vorige traject heb ik het als zinvol ervaren om de sessies zowel bij de woongroep als op de dagbesteding te doen, zodat ik beide teams mee kon nemen in het behandelproces. Twee keer per week deed ik de sessies in de eigen (slaap)kamer van Jeffrey, een keer per week in een vaste ruimte op de dagbesteding van Jeffrey. Deze sessies duurden ongeveer een uur. Dit laatste was niet eenvoudig vanwege een gebrek aan ruimte. Uiteindelijk is er een vaste ruimte gereserveerd. Er was hier enige voorbereiding nodig, zoals spullen als een zitzak en kussens naar de ruimte brengen. Voor Jeffrey het noodzakelijk dat hij uit zijn rolstoel kon gaan. Tijdens de sessies op zijn eigen kamer was alles bij de hand. Een andere belangrijke voorwaarde was zo min mogelijk hinder van omgevingsgeluid om een volledige focus op elkaar te hebben. Aanvankelijk had ik de deur van zijn kamer op een kier zodat begeleiders om een hoekje konden kijken. Jeffrey werd echter te veel afgeleid omdat hij geluiden op de gang hoorde. In de laatste fase was hij veel minder afgeleid en heb ik de sessies in de woonkamer en in de dagbestedingsgroepsruimte gedaan.

Ik kwam altijd eerst op de groep om te horen hoe het met Jeffrey ging en waar ik rekening mee kon houden. Of hij bijvoorbeeld een drukke dag had gehad, net voeding had gekregen of had overgegeven. Op de groep maakte ik contact met Jeffrey en nam hem dan mee naar de ruimte. Tijdens mijn eerste behandeltraject filmde ik elke week een sessie. Dit traject filmde ik een keer per twee weken, later minder. Het bekijken van beelden is nuttig, maar intensief.

## 2 ITGG-therapie

### 2.1 Fase 1 Gehechtheidstherapie

#### *Fase 1.1 Bonding - contact maken*

Deze fase is vrij vlot verlopen met Jeffrey en dat lag in de lijn der verwachting. Het was een groot verschil met mijn vorige traject waar het maanden had geduurd voordat de cliënt accepteerde dat ik in dezelfde ruimte bleef. Ik hoefde weinig moeite te doen om contact met Jeffrey te krijgen. Hij maakte snel contact en reageerde meteen positief. Soms was hij tussendoor met iets anders bezig; vaak was dit het bewegen met zijn handen/vingers, het van voren naar achteren bewegen van zijn lichaam of schoppen met zijn benen. Door dit te spiegelen, was er snel weer een lijntje.

Jeffrey genoot van nabijheid. Hij kon zich naar me toe wenden en genietende geluiden maken als mijn hoofd tegen zijn hoofd rustte. Hij liet veel uitingen van plezier zien. Hij kon echt giechelen. In het begin kon Jeffrey snel doorschieten in zijn plezier. Ik probeerde steeds op tijd weer rust in te brengen. In die zin volgde ik hem niet volledig. De sessies waren heel plezierig. Toch kon Jeffrey's stemming in de beginperiode van het ene op andere moment omslaan. Het bleef onduidelijk wat de oorzaak was; mijn vermoeden was dat dit deels veroorzaakt werd door zijn lichaam (maagproblemen, omhoog komen van voeding) en ook door beperkte positieve stress (opwinding) regulatie. Het omslaan in stemming was echter van korte duur. Jeffrey liet zich snel geruststellen.



### *Fase 1.2: Symbiose*

De sessies bestonden uit dezelfde rituelen zodat Jeffrey de mogelijkheid had te herkennen wat er ging gebeuren en daarop kon anticiperen. In zijn stoel was er eerst een moment van kletsen en even landen. Op een gegeven moment vroeg ik of ik het spinnenlied voor hem zou zingen. Hij reageerde hier niet altijd op. Hij leek wel te herkennen wanneer het moment kwam dat hij in zijn nek gekriebeld werd. Hij begon dan al bij voorbaat te lachen en trok z'n schouders iets op. Jeffrey leek het hoofd-tegen-hoofd-spelletje leuker te vinden. Wanneer hij zijn hoofd naar voren boog, reageerde ik daar meteen op. Jeffrey kon hier van genieten en maakte dan tevreden geluiden die ik nadeed. Ook hierin probeerde ik hem uit te lokken door steeds te wachten op zijn initiatief, daar eerst direct op te reageren en dan Jeffrey uit te lokken door niet meteen te reageren. Soms kon hij enthousiast met zijn benen schoppen waarop ik op de grond ging stampen. Hierin hetzelfde; meteen spiegelen en daarna juist even afwachten en wachten op initiatief van Jeffrey.

Ik probeerde Jeffrey uit te dagen door aan te geven dat hij naar de zitzak wilde. Dit deed ik door deze dichtbij te leggen en wanneer hij daar (in eerste instantie toevallig) naar keek, meteen te reageren met: 'Jeffrey wil je op de zitzak?' Als hij niet reageerde, probeerde ik het later nog eens. Als hij lachte of enthousiasme liet zien, gingen we naar de zitzak en complimenteerde ik hem met: 'Dat heb je goed verteld'. Op de zitzak kon hij, met een grote lach, even rustig liggen.

Toch kwam Jeffrey al snel weer in actie door steeds naar zitzak te gaan. Jeffrey bleef het grappig vinden dat ik hem hierin nadeed. Hij kon ook rustig genietend naast mij liggen. Vaak was hij ontspannen en zocht hij fysiek contact. We deden dan allerlei armspelletjes. Ook hierin probeerde ik Jeffrey uit te lokken tot initiatief en tijdens spel soms even te stoppen en te wachten op zijn initiatief. Meestal maakte Jeffrey verschillende geluiden die ik nadeed. Als we een tijdje op de zitzak hadden gelegen, probeerde ik Jeffrey uit te dagen door aan te geven dat hij op de bank wilde zitten (zelfde manier als bij de zitzak).

Op de bank waren er eveneens een aantal rituelen. Het lied 'Varen, varen...' met bijbehorende bewegingen was een vast onderdeel. Net als de spiegel; deze was favoriet bij Jeffrey. Vaak gaf Jeffrey zelf al aan dat hij deze wilde door achterover te hangen en naar de plek van de spiegel te kijken. Soms probeerde ik uit dat ik hem niet snapte en pakte dan bijvoorbeeld iets anders. Het lastige was dat Jeffrey snel iets best vond. Als hij dus om de spiegel vroeg en ik pakte een knuffel, vond hij dat prima. Jeffrey kon veel plezier hebben met de spiegel. Hier deden we dan allerlei spelletjes mee, soms draaide ik de spiegel achterstevoren om zijn reactie uit te lokken. Jeffrey was altijd erg druk met zijn arm om de spiegel naar zich toe te halen. Hij volgde de spiegel op afstand. Het liedje 'Varen...' en de bewegingen deden we ook nog steeds (wel op een rustige manier). Meestal begon Jeffrey te bewegen, hier speelde ik dan op in door te zeggen: 'Oh, wil je varen?' Het iets omhoog wippen op 'Hoezee!' vond Jeffrey leuk. Ik stopte na de eerste keer 'Hoezee' expres even om te wachten op een reactie van Jeffrey. Je zag Jeffrey dan afwachten en af en toe maakte hij na een tijdje een beweging. Ik begon me wel vaker af te vragen of Jeffrey nog comfortabel op schoot zat. Hij vond het heerlijk en kon tevreden tegen me aan liggen maar na een tijdje leek het of hij niet lekker meer zat. Af en toe leek hij pijn aan te geven (grimas, klaaglijk geluid, spanning in zijn lijf). Een andere houding hielp vaak.

Ook bij het weer naar zijn stoel gaan, probeerde ik Jeffrey te stimuleren (door hem te laten kijken, door te vragen: 'Wil je weer in je stoel?' en bij vermoedelijke bevestiging dit meteen te doen). Jeffrey vond het altijd weer prettig om in zijn stoel te zitten. Hier deden we een spelletje met onder een handdoek verstoppen; eerst Jeffrey, daarna ik. Hierbij daagde ik Jeffrey uit om de handdoek weg te trekken. Jeffrey had hier grote lol om. Meestal deed hij zijn best om

de handdoek weg te krijgen, soms bleef hij lachend onder de handdoek zitten. We sloten de sessie af met hetzelfde liedje.

### *Fase 1.3: Stimulatie tot individuatie*

We zijn aan de slag gegaan met materiaal. Er is voor een beperkt aantal vaste materialen gekozen; een rode stekelbal, gekleurde bal, spiegel, liedjesboek, voorleesboek, beer en kralenmolen. Door vaste rituelen en plekken van materiaal probeerde ik Jeffrey uit te lokken initiatief te nemen. We begonnen de sessies altijd eerst met even rustig landen en een gesprekje. Na het beginlied van de spinnen vroeg ik: 'Jeffrey wat gaan we doen?' en wachtte of hij naar de speelgoedmand keek. Meestal deed hij dit. De speelgoedmand stond altijd op dezelfde plek, in zijn nabijheid. Als Jeffrey daar niet naar keek, vroeg ik na een tijdje: 'Zullen we een speelgoedje pakken?' of 'Zullen we een bal pakken?' en wachtte op reactie. Door heel nadrukkelijk het materiaal van de vaste plek te pakken en Jeffrey te laten volgen, vroeg hij langzamerhand steeds meer zelf. Idem voor bijvoorbeeld de spiegel, die standaard achter de bank lag. Jeffrey ging gerichter kijken en heeft geleerd dat hij daarmee iets aan kan geven.

Naast initiatief nemen (laat maar zien wat je wilt), zijn we bezig geweest met keuzes maken; zoals rode bal of gekleurde bal, bal of liedjesboek. Tijdens het spel zijn we aan de slag gegaan met object-permanentie: bal, spiegel of boek uit het zicht. De bal wist Jeffrey met een ondeugende blik zelf uit het zicht te brengen. Een net gebouwde toren van duplo was ook erg leuk om van de tafel te gooien. Dat ik de spiegel naast de bank hield, begon Jeffrey steeds meer door te krijgen. En wanneer hij de achterkant van de spiegel te zien kreeg, probeerde hij deze zelf weer goed te draaien. Jeffrey kon veel plezier hebben in het weggooien van materiaal. Toch was ook een enkele keer zichtbaar dat het té leuk kon zijn. Het bleef belangrijk zijn stress te reguleren en goed op de balans te letten tussen positieve stress en te veel stress.

Doordat er favoriet spel materiaal kwam, kon ik Jeffrey daarin uitlokken. Als hij bijvoorbeeld aangaf dat hij de spiegel wilde en ik pakte de beer, was op zijn gezicht te zien: 'Hé, dat klopt niet'. Daar waar Jeffrey eerst alles wel prima leek te vinden, liet hij zijn voorkeur nu meer zien. Gaandeweg ben ik af en toe de ruimte gaan verlaten. Dit was geen probleem. Jeffrey ging verder met het speelgoedje maar ik zag ook een wachtende houding en hij reageerde direct met een lach als ik weer binnenkwam.

Het was de bedoeling dat ik Jeffrey niet standaard meer op schoot zou nemen, maar in zijn stoel kon Jeffrey soms erg beweeglijk zijn. Dit leek in de loop van het jaar te zijn toegenomen. Vaak lukte het om dit te doorbreken door hem even op schoot te nemen. Tijdens deze fase van de ITGG is Jeffrey meer gaan communiceren. Er is een continue interactie met verschillende intonaties van geluid. In de tussentijd is er door begeleiders een ABC-analyse gemaakt om beter inzicht te krijgen in het ongewenste gedrag.



## 2.2 Fase 2 Gedragstherapie

De ABC-analyse liet zien dat Jeffrey nog steeds op zijn handen beet. Uit de analyse bleek dat met name wachtmomenten lastig waren voor Jeffrey. Binnen de sessies kwam het op zijn handen bijten niet veel voor. Als het voorkwam, leek hij lichamelijke klachten te hebben en soms was er het vermoeden van overprikkeling.

Ondanks zijn enthousiasme gaf Jeffrey vaak goed aan wanneer we even moesten stoppen. Enkele minuten van rust (soms nog korter) en hij kon weer verder. Het was belangrijk zorgvuldig naar die signalen te kijken en daarop in te spelen. Het op zijn handen bijten tijdens de sessies werd veroorzaakt door factoren waar ik niet altijd invloed op had, waardoor het lastig was dit om te buigen. Op het gebied van communicatie leek verdere ontwikkeling nodig. Binnen de sessies liet Jeffrey veel voorwaarden zien om communicatie verder op te pakken.



De logopediste bevestigde dit en gaf aan te proberen met foto's te werken.

Er is een aantal foto's gemaakt op A4-formaat van favoriet materiaal dat tijdens de sessies werd gebruikt. Er werden steeds twee foto's tegelijk aangeboden, een aan de linkerkant en een aan de rechterkant. Jeffrey reageerde hier enthousiast op en maakte al snel een keuze. Soms moest hij erop gewezen worden eerst naar beiden te kijken. Als het voorwerp erbij werd gehaald en naast de foto werd gehouden moest hij lachen en keek van foto naar voorwerp en weer terug. Wat betreft de onrust is geprobeerd om hem zelf zijn speen in zijn mond te laten doen: 'Jeffrey, pak je speen maar'. Ook dit pakte Jeffrey op.

### 2.3 Fase 3 Generalisatie

In plaats van in zijn kamer en de aparte ruimte op de dagbesteding, zijn we een aantal keren in de woonkamer en in de groepsruimte gaan werken. Opvallend was dat Jeffrey zich nu goed kon focussen, ook als het iets drukker in de groep was. Er was een moment dat het niet zo goed ging, dit kwam door onrust op de woning rond het overlijden van een groepsgenoot.

De foto's waren een succes. Ook in de groepsruimte maakte Jeffrey een weloverwogen keuze. Soms moest ik hem er nog op wijzen eerst naar beide foto's te kijken. Na een keuze gemaakt te hebben, reikte hij naar de andere kant als de foto's verwisseld werden.

Opvallend was dat hij op soms geen keuze maakte. De ballen leek hij op een gegeven moment zat; bij de keuze tussen de twee ballen koos hij niet. Toen ik deze foto's weglegde en een foto van het voorleesboek pakte, reageerde hij enthousiast en reikte naar de foto. Zowel het team van wonen als het team van dagbesteding hebben video-beelden gezien van sessies en er heeft een overdracht plaatsgevonden van de ontwikkelingen en huidige stand van zaken. Ook is uitleg gegeven over de 'Cirkel van Veiligheid' (Powell et al., 2016). Verder zijn er adviezen gegeven, gericht op de dagelijkse begeleiding van Jeffrey. Begeleiders zijn enthousiast gemaakt voor de EMB Hi Sense app ([www.embinbeeld.nl](http://www.embinbeeld.nl); zie ook Van Wingerden et al., 2018; 2019) zodat ze hun sensitieve responsiviteit konden verbeteren. Samen met ouders heb ik het filmpje van het hele traject bekeken.

Tussendoor heb ik iedereen op de hoogte gehouden door middel van verbale informatie en schriftelijke verslagen.

Ik denk dat voor deze laatste fase en goede borging meer tijd nodig is. In dit geval ben ik toevallig de betrokken gedragsdeskundige van Jeffrey geworden, zodat ik het nog kan blijven monitoren en bijsturen. In andere gevallen is dit niet zo. Ik denk dat er dan wel wat meer nodig is om een goede voortgang te bewaken.

### 3 Afronding

Jeffrey is door de therapie gegroeid. Dit geven alle betrokkenen aan: begeleiders, zijn ouders en paramedici. Hij is rustiger geworden en lijkt meer in balans. Echt overstuur zijn komt veel minder voor. Hij heeft oog gekregen voor zijn omgeving, zijn wereld is groter geworden. Vooral op communicatief gebied heeft hij een ontwikkeling door-gemaakt; hij is meer gaan communiceren en ondersteunende communicatie is mogelijk geworden. Op dit moment maakt hij verschillende keuzes binnen zijn programma en dagelijkse activiteiten. Ook heeft hij ervaren dat hij zijn lichaam in kan zetten. Tijdens het traject is er gestart met een trippelstoel waarbij hij, door zijn benen af te zetten, in beweging komt. Ook is hij met zijn armen gaan reiken en probeert hij bij dingen te komen die wat verder weg zijn. Jeffrey heeft invloed gekregen op zijn leven! Tegelijkertijd: als zaken hem te veel overkomen, laat hij duidelijk merken dat hij dit niet accepteert.

Bij de start van de therapie was een vraag of aandacht krijgen misschien een reden was van het vele overgeven. Door heel nabij te zijn, merkte ik echter fysieke signalen die erop duiden dat het niet goed zat in zijn lichaam en dat hij er niks aan kan doen. Uiteraard kan spanning overgeven wel triggeren. Ook dit lichamelijke stuk heeft veel aandacht gehad in het traject; verschillende onderzoeken en interventies hebben plaatsgevonden. Zijn gewicht is nog steeds zorgelijk, maar gaat heel langzaam iets omhoog. Het overgeven is minder geworden en alle betrokkenen kijken hier nu anders naar. Dat het lichamenlijk welbevinden zorgelijk is, maakt dat positieve ontwikkelingen soms onder druk komen te staan. Dit is begrijpelijk, maar vraagt aandacht. Juist als zijn lichaam niet oké voelt, is het voor

Jeffrey fijn om afleiding en invloed te hebben. Dit is een blijvend aandachtspunt.

Mijn advies naar andere behandelaren is breed te blijven kijken en ook andere aspecten mee te nemen. Als je de cliënt veel ziet en nabij bent, kun je veel signaleren. Het maken van video-opnames is zinvol. Het is aan te bevelen om van alle opnames een behandeloverzicht van zo'n tien minuten film te maken, zodat het proces goed zichtbaar is. Zelf vond ik dit weer een prachtig traject waar ik van genoten en geleerd heb. De resultaten bevestigden mij weer het belang van deze therapie voor onze bewoners. Ik zou het meer cliënten gunnen. Hoe mooi is het om dit in je werk te mogen doen.

## 4 Terugkoppeling aan verwanten van de cliënt

Kathalijne, Jeffrey's moeder: 'Ik heb de ITGG-therapie als heel positief ervaren voor Jeffrey. Ik kan mij nog herinneren dat ik het vooraf erg arbeidsintensief vond toen Renate vertelde dat ze hem een jaar twee tot drie keer per week zou gaan bezoeken. Hoe zou Jeffrey reageren op Renate? Zou hij zich veilig gaan voelen bij haar? Wat zou er dan kunnen ontstaan? Zou hij minder snel schrikken? En daardoor wellicht minder gaan spugen? Zou hij duidelijker kunnen laten zien wat hij wil? En wat niet? Hoe zou het met zijn ontwikkeling gaan? Ik had allerlei vragen en was nieuwsgierig, maar kon helaas niet meekijken bij de therapie. Daarom was het extra fijn om tussentijds te horen hoe het met Jeffrey ging tijdens de sessies en welke stapjes ze samen maakten. Het kon een blik van herkenning zijn, een glimlach, een geluidje en soms een duidelijkere reactie. De videobeelden aan het einde van de therapie waren prachtig. Ik kon duidelijk zien wat er in de loop van de maanden bij hem was veranderd: vanuit een ontwikkeld gevoel van veiligheid kon hij steeds beter aangeven wat hij wel of niet leuk vond, wilde doen, en zo meer. Bewust kiezen uit twee speeltjes, reageren op een vraag of laten zien dat hij blij of overprikeld was. Eindelijk kon hij uiting geven aan wat er zich bij hem aan de binnenkant afspeelde. Wat een mijlpaal! Natuurlijk moe(s)t je goed opletten en oog hebben voor de subtiele signalen, maar hij had er duidelijk plezier in. En zo is het nog steeds. Terugkijkend op het traject heeft de ITGG-therapie Jeffrey veel goed gedaan. Hij zit vandaag de dag - ondanks zijn kwetsbare gezondheid - goed in zijn vel en ontwikkelt zich elke dag door. Hij heeft zonder te kunnen

praten geleerd om te communiceren. Ik kan mij geen mooier cadeau voor Jeffrey bedenken!’

## 5 Wie is de therapeut(e)?

### Renate Hilgers

Ik ben als orthopedagoog-generalist werkzaam bij Amerpoort waar ik al twintig jaar werk. Hier ben ik met name betrokken bij de doelgroep EVMB (cliënten met een Ernstige Verstandelijke en Meervoudige Beperving) en naast ITGG-therapeut ben ik actief in het kernteam EVMB, trainer van het LACCS-programma voor EVMB en verbonden aan het eet-team met speciale aandacht voor EVMB.

In 2005 kwam ik in aanraking met ITGG omdat Amerpoort deelnam aan het wetenschappelijk onderzoek naar ITGG. Een cliënt van de woongroep waar ik op dat moment nog begeleider was, nam deel aan het onderzoek. Dit wekte mijn interesse en het voornemen, wanneer ik ooit de overstap zou maken naar gedragsdeskundige, een therapie zoals ITGG te gaan geven. Na in 2012 gestart te zijn als gedragsdeskundige, heb ik in 2015 de cursus Gehechtheidstherapie gevolgd waarna ik begonnen ben met een eerste behandeltraject ITGG onder supervisie.

Een goed contact is voor mij een belangrijke focus in mijn werk. Echte aandacht voor de cliënt is ontzettend belangrijk. Naast het coachen van begeleiders hierin, kan ik een bijdrage leveren door ITGG. ITGG is zeer intensief, maar ook een behandeling waar ik energie van krijg. Ik zie wat het oplevert. Tegelijkertijd past deze therapie bij mij en op deze manier kan ik mijn praktische kennis en kunde in het directe contact met cliënten nog steeds inzetten.

# 3 Casus Myrthe

Een vrouw, blind en met een ernstige motorische en verstandelijke beperking.

*Truus van Ramshorst*

## 1 Introductie van de casus

### 1.1 Aanmelding en diagnostiek

Myrthe en ik kenden elkaar al een aantal jaren toen ik mijn eerste ITGG-therapie had afgerond met Jara. Het gedrag van Myrthe deed me denken aan Jara en ik zei vaak: 'Stel dat Myrthe niet in een rolstoel had gezeten, dan deed ze precies als Jara.' Ik had twijfels of Myrthe voldeed aan de criteria voor de behandeling, juist vanwege haar fysieke beperkingen en haar bijna volledige blindheid. Ze woont in een voorziening voor mensen met een ernstig meervoudige beperking (EMVB). Uit een diagnostisch onderzoek met de Lijst Gedragssignalen van Verstoorde Gehechtheid (LVGB; Dekker-Van der Sande en Janssen, 2010) werd het vermoeden van een verstoorde gehechtheid bevestigd. Daarnaast werden ook een volledige dossier-analyse gedaan en (anamnese) gesprekken gevoerd met beide ouders, volgens de interviewvragen van Bakker-Van Zeil (1986).

Een van de startcriteria voor ITGG is dat er sprake is van een ontwikkelingsleeftijd van ouder dan negen maanden. Omdat er onduidelijkheid was wat de cognitieve mogelijkheden van Myrthe waren, hebben we diagnostiek gericht op het vaststellen van objectpermanentie. Bij het observeren van Myrthe in de dagelijkse situaties werd duidelijk dat zij inderdaad wel een object wist terug te vinden. Er is toen een aanvraag voor meerzorg ingediend om de ITGG-therapie en de bijbehorende 'extra ondersteuning' te kunnen financieren. De aanvraag werd toegekend, Myrthe was op dat moment 25 jaar.

### 1.2 Voorbereiding ITGG

In de tussentijd bereidden de AVG-arts en ik, gedragswetenschapper (en therapeut) van Myrthe, in haar woonsetting een themamiddag over Myrthe voor ten behoeve van het team. Myrthe had veel gezondheidsproblemen die niet konden worden verklaard door medische analyse.

Enkele voorbeelden: het ervaren van pijn - waar en hoe dan? - en moeilijkheden bij het innemen van haar medicatie. Er leek sprake te zijn van een zeer grote samenhang met spanning en angst. De themamiddag was een multidisciplinaire samenwerking om duidelijk te maken dat we allen kampten met gevoelens van onmacht en handelingsverlegenheid, want er was medisch niks te vinden in haar keel, haar heupen en haar rug. Terwijl ze met name met etensmomenten en zittend in haar stoel zelfverwondend gedrag vertoonde. Dit bestond uit het hard trekken aan haar haren, zonder direct zichtbare aanleiding. Bij het laten zien van de video ‘Gehechtheid: een psychotherapeutische behandeling’ (Bartiméus, 2007), herkenden teamleden ook gedrag van Myrthe. Dit gaf hoop en verwachting dat de therapie een goed idee was. In diezelfde week volgde ook een gesprek met haar ouders. Vanwege de langdurende lichamelijke ongemakken en het onrustige gedrag van Myrthe (luid huilen en jammeren), waren de ouders hun geloof in de kwaliteit van leven van Myrthe kwijtgeraakt. Ze hadden deze twijfels kenbaar gemaakt en we hebben hier, met behulp van de pastoraal medewerkster, de nodige gesprekken over gevoerd. Dit waren moeilijke gesprekken; ieder pratend vanuit de eigen rol en betrokkenheid (professionals en ouders). Het was van belang dat we het vertrouwen van haar ouders konden vergroten met betrekking tot de mogelijkheden van de therapie. Zij hadden logischerwijs angst vanuit hun ervaringen met Myrthe. Ze zagen echter ook enige herkenning in het meisje van de video. De meerzorg was goedgekeurd en de therapie kon beginnen.

Myrthe woont in een redelijk nieuwe woonvoorziening met een eigen appartement. Dit was een goede plek om de therapie plaats te laten vinden. Ik was een paar keer in de woning geweest en zo had Myrthe mij en mijn stem alvast leren kennen (dit was belangrijk want zij is blind). Haar begeleiders zorgden ervoor dat Myrthe op het waterbed lag als ik kwam. Ik kon de tillift niet bedienen en had hier ook bewust voor gekozen om zo de overgang van de ene naar de andere persoon voor Myrthe duidelijk te houden. Ik had een schrift op haar tafel gelegd waarin ik beschreef wat ik meemaakte met Myrthe in de sessies die we hadden. Haar ouders en begeleiders konden mijn ervaringen lezen en eventueel reageren op wat ik gezien had in de sessies. Ik schreef dit aan het eind van elke sessie op en daarmee was het ook een mooi ritueel als afsluiting. Daarna trok ik mijn schoenen en jas weer aan (deed de rits dicht en zei: ‘Hoor je ’t Myrthe? Ik ben klaar, ik ga.’) en zei drie keer: ‘Doei’ terwijl ik duidelijk

hoorbaar wegwandelde. De eerste drie maanden kwam ik drie keer per week en de daaropvolgende maanden werd dit, door praktische overwegingen, twee keer per week.

## 2 ITGG-therapie

### 2.1 Fase 1 Gehechtheidstherapie

#### Fase 1.1 Bonding - contact maken

Aanvankelijk was er veel spanning bij Myrthe. Dit was te merken aan haar gedrag: Myrthe ging heel hard aan haar haren trekken en op haar hand bijten. Om dit te voorkomen, stelde ik haar gerust, ging wat neuriën en rustig praten. Ik hield haar hand vast maar zodra ik deze losliet, bracht ze de hand meteen weer naar haar haren en begon ze te jammeren. Pas na ongeveer vijftien minuten van geruststellen en haar hand laten veren en weer opvangen was er meer ontspanning en ging zij minder bijten en haren trekken. Nieuwsgierig was ze ook. Ze leek contact en toenadering met mij te zoeken. Ze bracht zelf haar hand naar mij en zocht mijn hand op.

Door het delen van mijn ervaring over het zien van de zelfverwonding bij Myrthe voelden haar begeleiders zich begrepen en gesteund in hun zorgen over Myrthe. Ze liet zelfverwondend gedrag zien bij de start, dit was voor Myrthe een nieuwe en daarom ook spannende situatie.

De eerste twee weken was ze (na de sessie) de hele ochtend op het activiteitscentrum (AC) nog erg onrustig en omdat dit zo bleef, spraken we af het tijdstip te verplaatsen naar het eind van de middag. Daarmee was haar ritme in de ochtend weer als vanouds. Dit bleek veel beter voor haar. Door haar visuele beperking (blind) verliep het contact veelal via lichaamstaal. Het handjeklap met een verschillende intensiteit en op een verschillend ritme vond ze al gauw geweldig. Ze kon goed aangeven dat ze hier meer van wilde door een gebaar te herhalen of zelf sneller te klappen. Een zelfgemaakt liedje waarbij we opzwevend van 'langzaam', naar 'sneller', naar 'nog sneller', naar 'super-supersnel' handjeklap gingen, zorgde voor veel enthousiasme bij Myrthe. Al snel kon ze aangeven dat ze dit liedje wilde en hierin sneller wilde gaan (denk daarbij aan het spelletje: 'Zo gaat het damespaard... zo gaat de boerenknot').

Een andere vorm van contact met haar hand was nog best moeilijk, want ze lag meestal op haar rug en kon door haar ernstige lichamelijke beperking niet gemakkelijk draaien. Toen ik dichterbij mocht komen met mijn hoofd, ging zij vaak voelen aan mijn mond, neus en gezicht. Mijn mond leek favoriet te zijn: daar zat beweging, spanning en letterlijk muziek in. Toch kon ik ook weer zo door haar weggeduwd worden. Voor mij betekende dit dat we even een pauze moesten inlassen. Soms was ze onrustig en had ze een speeltje waarmee ze hard tegen haar tanden tikte. Waar ze het speeltje normaliter gemakkelijk af gaf, hield ze het bij spanning stijf vast. Het kon er hard aan toe gaan: alleen al het geluid van het tikken met het hard plastic speeltje tegen haar tanden bezorgde me kippenviel.



Behoorlijk snel had Myrthe de structuur in iedere sessie in de gaten. Er waren ingebouwde rituelen en er ontstond voorspelbaarheid, bijvoorbeeld met een vast beginritueel en een eindliedje met vijf keer ‘stoppen’ en ‘klaar’ erin. We bouwden ons eigen gezamenlijke ritme op met liedjes die daarbij pasten, en op de golven van het waterbed kun je mooi heen en weer gaan.

Ik moest alert blijven op haar beperkingen: haar ernstige motorische beperking van haar linkerhand en haar blindheid. Zo kon ze bijvoorbeeld erg schrikken van een onverwacht geluidje. Mooie momenten beleefden we samen op het waterbed waarbij ik, na ‘heen en weer’ golven op haar waterbed even niets deed. Ik wachtte dan een paar



tellen totdat ik riep: ‘Daar gaan we weer, harder, harder en harder.’ Later merkte ik dat Myrthe hier initiatief in ging nemen. Door met een hele kleine beweging met haar arm tegen mij aan te duwen (dit interpreteerde ik als dat zij weer wilde doorgaan met bewegen) heb ik de beweging weer in gang gezet. Ze herhaalde haar duwende beweging naar mij wanneer ik stopte. Ze begon duidelijker met haar duwende beweging aan te geven dat ze ‘heen en weer’ wilde schommelen op het waterbed. Er was leuke opwinding waarbij ze wist dat ik haar steeds harder liet bewegen: ze had voorpret en ze schaterde van het lachen als we hard op en neer bewogen. Dat hadden we op video staan en zo konden we de andere betrokkenen laten zien hoe leuk dit soort interacties zijn. In het dagelijks leven stak ze ook al meer haar hand uit voor contactspelletjes. Iedereen moest eerst wennen aan deze ‘nieuwe Myrthe’. Echter, ze kon ook ‘zomaar’ nog in je hand willen bijten. De intensiteit van het zelfverwondend gedrag werd steeds minder en het plezier in contact maken kreeg ook bij anderen langzaamaan de overhand.

Er kwam steeds meer een ‘samen’. Myrthe kon initiatieven nemen en soms verrassend goed met haar handen aangeven of ze de ene of de andere beweging wilde. Ik vond het verbazingwekkend. Al doende moest ik bepaalde liedjes verzinnen en aanpassen, om ze in een ‘bij ons passend’ ritme te kunnen uitvoeren. Myrthe vond veel dingen maar korte tijd leuk. Ze daagde mij uit om steeds iets nieuws te verzinnen en als dit lukte, werd ik beloond met haar schaterlach. Ze wou dit dan tien tot vijftien keer herhalen. Ik herinner me een verjaardagsliedje, met een naam van een bekende (mama, papa, zus, begeleidster) en eindigend met ‘HOERA’, waarbij de armen in de lucht werden gedaan. Het swingen met haar beide armen was een graadmeter voor de spanning in haar lichaam: vaak kwamen ze niet zo heel ver omhoog, maar soms zaten ze ineens toch zomaar heel soepel hoog. Of het liedje van ‘Pieter Smeerpoets, ga je nou eens wassen’ waarbij je eerst je handen en vervolgens voeten, knieën, hoofd, haren, en ten tenslotte je wangen aanraakte.

Met deze vorm van contact en liedjes kon ik haar steeds meer uitdagen tot ‘even wachten’ en langzaamaan begreep ze dan dat ze iets moest doen om me weer door te laten gaan. Zo lukte het om tijdens de behandeling de focus te leggen op *in-tune out-of-tune* contact. Ik moest steeds even wachten en dan kon ze aangeven of ze verder wilde. Het bleef nauwkeurig afstemmen, want ze was heel

duidelijk in wat ze niet wilde (wegduwen, zich afkeren e.d.) en het was nog een hele zoektocht om erachter te komen wat ze wel wilde. Het hele nabije lichamelijke contact waarbij we met de gezichten tegen elkaar aan lagen, was heel bijzonder. Ze is vrijwel altijd in beweging met haar hoofd, je voelt hoe spannend ze deze contacten vindt.

Inmiddels begon Myrthe een idee te krijgen dat je met je handen en met je lichaam verschillende bewegingen kunt maken. Voorbeelden zijn: handje klap, van links naar rechts bewegen en van je hoofd naar je voeten. Ik maakte mijn signalen heel groot en benoemde ook steeds dat ze het zo goed kon aangeven. Ik complimenteerde haar door te zeggen: 'Je bent zo knap.' Omdat ze haar lichaam nauwelijks kan bewegen, is dat niet zo eenvoudig. Wat wel goed lukte, is om ook haar motorisch beperkte hand mee te nemen (in het omrollen en tijdens spel). Ze heeft humor en ik kon hier goed op inspelen. We waren goed op weg naar de symbiose. In het ontdekken van mijn gezicht ging ze steeds meer voelen met haar hand (en soms haar mond). Ze merkte dat zij in staat was om mij te sturen. Als ze tegen mijn mond duwde, ging deze bewegen en zingen. Dat vond ze een geweldige ontdekking. Ik gebruikte deze ontdekking met veel plezier en in diverse variaties: die mond kon ook zo maar blazen of geluiden maken.

Na ruim vijf maanden, in de maand juli, volgde er een voor haar hele moeilijke periode met veel stress en spanning in haar lichaam. Deze periode duurde tot in oktober. We zochten noodgedwongen naar een nieuwe vorm van contact maar ze hield het maar heel kort vol. Er zat veel spanning en onrust in haar lichaam. De sessies kostten haar veel energie en ze oogde vermoeider, sliep slechter en kon zomaar naast me in slaap vallen. Iedereen was bezorgd en ook verdrietig hierover, omdat haar ouders en begeleiders voor het eerst langer durende contactmomenten met Myrthe hadden. Hoewel ze huilbuien had en een diep ongelukkige indruk maakte, gaven haar ouders en begeleiders wel aan dat er nog altijd mooie (contact)momenten waren en die waren er in eerdere moeilijke periodes (voor het starten van de therapie) niet of nauwelijks. We konden het aan haar zien wanneer ze even geen contact wilde of kon maken, dit kon ze goed aangeven. Het was moeilijk om haar zo te zien en we voelden ons behoorlijk machteloos, maar er was ook iets veranderd in de contacten met haar. Dit gaf ons allen moed om door te gaan. De ervaring, dat we er

ook voor haar zijn als ze het moeilijk heeft, leek effect te hebben. Voor mij als de behandelaar, maar zeker ook als orthopedagoog van het woonteam van Myrthe, was het zinvol om deze ervaringen met haar in moeilijke tijden mee te kunnen nemen in de gesprekken met de begeleiders.

### *Fase 1.2 Symbiose*

Vanaf eind oktober volgden een aantal rustige maanden met een heel ontspannen Myrthe. Ze kon weer steeds beter aangeven wat ze wilde, zoals handje klap en het samen golven op het waterbed. Hoe langzaam en/of hoe hard ze dit wilde, was niet altijd goed af te lezen, maar er kwam steeds meer echt contact. Ze ging mee in de bewegingen en nam ook zelf initiatief door een beweging in te zetten of door met haar hoofd naar me toe te komen.

In het dagelijks leven zagen mensen dat zij kon genieten van actie-reactiespelletjes en dat ze meer rust in zich had. In decemberervaarden we een hoogtepunt in het leven van Myrthe. Bij de grote kerstviering zat ze voor het eerst rustig aan een tafel met haar familie en vaste begeleidster. Dit was nooit eerder gebeurd en ze hield het een behoorlijke tijd vol. Iedereen genoot hiervan. Het was mooi om te zien dat haar ouders aan weerszijden van haar zaten. Ook haar zus en halfbroer waren erbij. Ze straalde en leek te genieten van de muziek, het eten en de sfeer. Ik vond dit een gouden moment. Na tien maanden therapie konden we door naar de volgende fase 'stimulatie tot individuatie'.

### *Fase 1.3 Stimulatie tot individuatie*

In deze fase werd Myrthe uitgedaagd om meer om de beurt te doen en werd er spelmateriaal geïntroduceerd. Echter, ze wilde veel liever met mij(n hand) spelen. Na aanhoudend het spelmateriaal aan te bieden, kon ze toch wel lachen als ik haar verschillende 'rare dingen' aanbood, zoals belletjes en een zacht schommelend clowntje met een geluidje. Ze vond het voor een korte tijd interessant en soms lukte beurtwisseling even. Het was een zoektocht, omdat ze het spelmateriaal niet kon zien en het niet gemakkelijk kon vastpakken en/of met haar mond eraan voelen.

Myrthe maakte vooral geluid als de ander ook geluid maakte. Ze ging mee in de grotere variatie van de hand- en armbewegingen en de golven op het waterbed. Wat echt leek aan te slaan, was de zoektocht naar materialen, zoals het ritselpapier dat ik voor haar verstopte. We

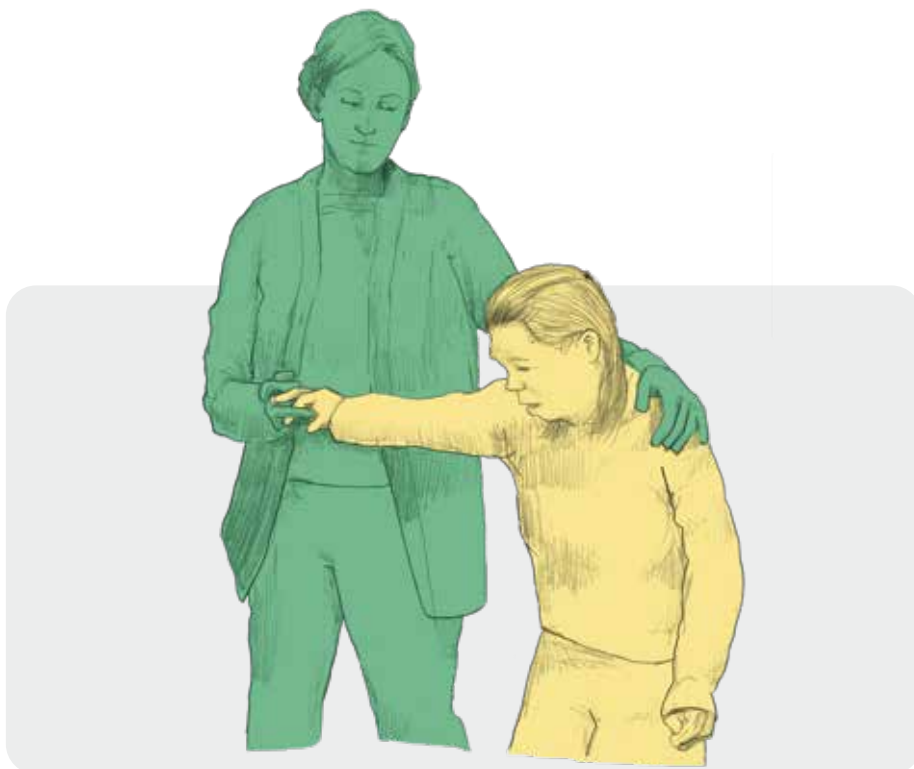
deden dat eerder al met mijn hand op haar been en buik (via voelen) en nu ging ze op zoek naar het geluid. Eerst duurde het heel lang voor ze het had gevonden, maar door mijn juichen en door het herhalen van het geluidje kon ze het sneller vinden. Ze heeft hierbij enerzijds de uitdaging nodig van dergelijke activerende spelletjes en anderzijds ook humor. Als je even te lang wachtte of te ver weg was, deed ze niet meer mee.

Het waterbed van Myrthe was klein. Het 'om de beurt' spel kon alleen als je naast haar lag. Het aanschaffen van een groter waterbed bleek een gouden greep. Eerst was het nog erg lastig en wennen omdat de golfbewegingen langzamer gingen en zij meer geduld moest hebben voordat de golven weer kwamen. Ze leerde dit bijzonder snel. Waar ze zich in het kleine waterbed gemakkelijk kon omrollen door altijd dicht bij de rand vast te houden, kostte haar dit in het grote waterbed veel meer moeite. Het leek echter ook alsof ze echt kon genieten van het bewegen: zichzelf omrollen met haar arm, een paar keer flink zwaaien met haar armen. Ze kreeg in het nieuwe waterbed veel bewegingsvrijheid en ze kon zich nu een tijd vermaken met bewegen en omrollen. Het was fijn dat ook op haar activiteitscentrum een nieuw groot waterbed werd aangeschaft. Nu konden begeleiders ook gemakkelijker naast haar gaan liggen en spiegelend spelen.

#### *Vervolg: zoeken naar geschikt (spel)materiaal*

Het was voor Myrthe binnen de therapie mogelijk om met spel-materiaal aan de slag te gaan, ook al vond ze dat nog lastig. We vonden materialen die knopjes hadden om geluiden en muziekjes in gang te zetten. Dit vond ze geweldig. Voor haar vader waren de videobeelden van een enthousiaste Myrthe een goed teken. Naast het rustigere gedrag zag hij dat ze weer hard kon schateren om de gekke muziekjes die er uit het speelgoed kwamen. Het moest gedoseerd aangeboden worden omdat ze er soms te opgewonden van raakte. Het was lastig dat het meeste spel-materiaal van hard plastic was, want dit was niet veilig voor haar. Ze kon dan zomaar een zwieper tegen haar tanden of hoofd geven. Zacht materiaal kon haar echter niet bekoren. In het dagelijks leven met vertrouwde mensen naast haar was ze vooral bezig met lichamelijk contact. Ze trok mensen naar zich toe en duwde ze weer weg. Myrthe kon zich goed vermaken met muziek. De begeleiders hadden voor haar drie mandjes gemaakt met muziek, passend bij haar stemming. Ook een luisterboek kon ze

fijn vinden. Wat ze precies begrijpt, weten we (nog) niet, maar het lijken prettige activiteiten voor haar te zijn.



## 2.2 Fase 2 Gedragstherapie (na 18 maanden therapie)

We bespraken in een multidisciplinair overleg wat er gezien werd in de observaties van de nog bestaande gedragsproblemen. Het heftige explosieve gedrag kwam beduidend minder voor. Het duurde steeds korter en het was sneller te doorbreken. Dit gold zowel voor de woning als voor het activiteitencentrum. De eetmomenten in de avond op de woning bleken met name een kwetsbaar moment voor Myrthe te zijn. Deze momenten waren al onder de aandacht gebracht door ze met behulp van videobeelden te bespreken. Daarnaast waren ook de overgangsmomenten spannend, bijvoorbeeld van de stoel naar het waterbed. Op het activiteitencentrum waren er vooral ‘wachtmomenten’ rondom het eten die zorgden voor oplopende spanning. Door het gebruik van liedjes en het creëren van voorspelbaarheid werd geprobeerd om de spanning bij haar te verminderen. In de therapie kon ik oefenen met ‘het moeten wachten’ of het snel moeten overstappen naar iets anders. Dit was echter beperkt inzetbaar in de

therapie. Het zwaartepunt hiervan lag in het dagelijks leven. Haar gedrag was rustiger geworden. Ze kon langer wachten als bijvoorbeeld haar vader haar kwam halen om samen te gaan zwemmen. Voorheen betekende dit steeds een opgewonden en haastig vertrek. Al met al leek het erop dat ze in haar communicatie nog groeiende was. Een logopedist is ingeschakeld om hierbij te ondersteunen.

### **2.3 Fase 3 Generalisatie (na ongeveer 20 maanden therapie)**

In juni besloten we om de therapie langzaamaan af te ronden. In de zomer volgde echter een wat moeilijker periode waarbij ze slechter sliep (hitte, vakanties en ook de behandelaar was drie weken weg). In deze periode had zij veel minder een terugval dan het jaar daarvoor. Er waren niet zulke heftige huilbuien als tijdens de vorige mindere periode. Het duurde een paar maanden totdat ze weer ontspannen was en beter sliep. Het team gaf aan dat het nu wel mogelijk was om in contact te blijven met haar en dat dit anders was dan voorheen. Het afbouwen van de therapie werd uitgesteld tot eind september. Ik begon met het verkorten van de sessies en vervolgens verminderde ik langzaam het aantal sessies.

## **3 Afronding**

Er lijkt sprake te zijn van een geslaagde therapie. Het zoeken naar geschikte materialen of andere activiteiten voor Myrthe blijkt nog een uitdaging en wordt nog voortgezet in een zogeheten ‘speltherapie-contact’ en ondersteuning aan de begeleiders daarin. Drie maanden na de start van de ITGG werd verbetering in gedrag en contact van Myrthe ervaren. Aangezien ik ook de orthopedagoog van haar woonvoorziening ben, heb ik eveneens haar proces kunnen volgen vanuit deze rol. Dat is erg stimulerend en effectief. Het team van de woning was de voortrekker en het was niet altijd gemakkelijk om de begeleiders binnen het activiteitencentrum en haar ouders er voldoende bij te betrekken. Dit vergde veel overleg en afstemming. Als de betrokkenen te ver achter/voor gingen lopen, kon dit spanning geven bij Myrthe. Voor mij was het vanwege mijn dubbelrol als behandelaar en orthopedagoog van de woonvoorziening heel effectief dat ik zelf de nodige stappen kon nemen wanneer ik daar aanleiding toe zag. De lijnen waren kort en dat was prettig. Aan de andere kant kan het mogelijk ook ingewikkeld zijn om zowel behandelaar als

orthopedagoog te zijn, bijvoorbeeld wanneer er na een periode van duidelijke ontwikkeling een mindere periode is.

Ik heb ervaren dat het nodig is om een overdracht en generalisatie naar de dagbestedingslocatie van de cliënt te doen. Zowel voor de cliënt als voor de begeleiders van de dagbesteding is het fijn als deze fase van generalisatie leidt tot meer rust en vertrouwen in het contact met de cliënt. Voor mij als behandelaar was het bijzonder om te merken dat Myrthe een aantal dingen zo snel door leek te hebben en dat daarmee duidelijk werd dat ze nog kan leren en ontwikkelingsstappen kan zetten. Rekening houdend met haar beperkingen is het niet eenvoudig om geschikt (spel)materiaal te vinden. In contact is ze wezenlijk veranderd en het toelaten van contact bij stress en spanning heeft voor alle betrokkenen veel opgeleverd. Het was best schipperen met de ruimte en faciliteiten. Het grote waterbed gaf de mogelijkheid voor speels contact met begeleiders. Daarnaast gaf het grote waterbed haar meer bewegingsruimte. Dit is voor iemand met deze lichamelijke beperking heel belangrijk. Nu de therapie afgerond is blijkt ze met meerdere mensen een vertrouwensrelatie te kunnen opbouwen, waarbinnen zij haar veiligheid kan vinden.

#### 4 Terugkoppeling aan verwanten van de cliënt

De therapie werd door haar begeleiders en ouders ervaren als een zeer waardevol proces. Ze vinden dat Myrthe echt veranderd is. Waar de begeleiders en ik enthousiasme uitstralen, merken we dat haar ouders voorzichtiger zijn met hun hoop en verwachting over het leven van hun dochter. Wel geven ze aan dat Myrthe gelukkiger is. Ook de tweede kerstviering was wederom geslaagd. Voor haar moeder is het heel fijn dat ze nu naast haar dochter op het waterbed kan liggen en ze samen intiem contact kunnen hebben. Ze zijn een keer samen in slaap gevallen. Dat vond haar moeder erg verrassend en mooi. Haar vader vindt nu nabij contact in het wekelijks zwemmen met zijn dochter.

Er zijn zeker nog moeilijke periodes. Toch hebben wij door het therapieproces met haar ouders, de AVG-arts, persoonlijk begeleider en de pastoraal medewerkster het thema 'ondraaglijk lijden van Myrthe' kunnen afsluiten. Dit was voor alle betrokkenen heel hoop-

gevend. We kunnen de zorgen en ook de prettige dingen samen open en eerlijk bespreken.

## 5 Wie is de therapeut(e)?

### Truus van Ramshorst

Ik ben orthopedagoog/GZ-psycholoog en speltherapeut, meer dan twintig jaar werkzaam bij Esdégé-Reigersdaal, een voorziening voor ondersteuning aan mensen met een (verstandelijke) beperking in Noord-Holland. Ik ben gespecialiseerd in de ondersteuning van mensen met een Ernstig Meervoudige Beperking (EMB) en maak deel uit van het landelijk Platform EMB. Het werken aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met EMB is voor mij een grote passie en uitdaging. Vanuit die passie heb ik, samen met Paula Sterkenburg, de cursus 'Opbouwen van een vertrouwensrelatie' ontwikkeld en vorm gegeven binnen onze organisatie. Deze past geheel in onze visie dat 'echt contact' een van de belangrijkste pijlers is in ons leven en dus ook voor de mensen met wie ik werk.

Een ander deel van mijn werk bestaat uit behandelen en begeleiden van cliënten met een matige of een licht verstandelijke beperking. Zowel in mijn eigen praktijk voor speltherapie 'Spelkamer Luttk' als in mijn werk op Esdégé-Reigersdaal heb ik me gespecialiseerd in behandeling van gehechtheidsproblemen. De cursus ITGG en de differentiatie- en fasetherapie van J.C.A. Thoomes-Vreugdenhil zitten in mijn therapeutenbagage, waardoor ik zowel voor mensen mét en kinderen zónder beperking therapeut kan zijn. Het zijn vaak langer durende therapieën en dit past goed bij mij. Het werken als GZ-psycholoog bij Esdégé-Reigersdaal en het werken in mijn eigen praktijk 'Spelkamer Luttk' sluiten voor mij heel mooi op elkaar aan.



## 4 Casus Peter

Een volwassen man met een ernstige verstandelijke beperking, epilepsie en problemen in de prikkelverwerking.

*Marianne van Groenigen-Hulst (ITGG-therapeut) en Mirjam Wouda*

### 1 Introductie van de casus

#### 1.1 Aanmelding en diagnostiek

Peter is een goedlachse volwassen man met een ernstig verstandelijke beperking, epilepsie en problemen in de prikkelverwerking. Er is sprake van microcefalie. Hij mist een gedeelte van de hersenen (links voor helemaal en rechts voor gedeeltelijk). Als baby is hij te vondeling gelegd en is later geadopteerd. Zijn adoptieouders zijn erg betrokken. Veel gedragsproblemen komen voor rond eet- en drinksituaties en bestaan al sinds de vroege kindertijd. Wanneer Peter niet lekker in zijn vel zit, is er sprake van automutilatie (handbijten, hoofdbonken). Sinds een jaar of zes valt op dat Peter veel hoest, kokhalst, kwijlt, spuugt (speeksel) en veel moet slikken. Onderzoek op medisch en agogisch gebied heeft geen aanknopingspunten opgeleverd die dit verbeterd hebben. Hij heeft hier last van en regelmatig leidt het tot braken. Het belemmert de omgeving om Peter te knuffelen en fysiek contact aan te gaan. Hij zoekt de nabijheid van begeleiders op, hij loopt hen achterna en zit graag op schoot. Soms pakt hij de hand van een begeleider om hem mee te nemen en op die manier iets duidelijk te maken. Fysiek contact kan hardhandig zijn. Hij kan begeleiders ook wegduwen, hij laat zich niet altijd troosten als hij verdrietig is. Hij communiceert voornamelijk met gedrag, heeft begrip van 'ja' en 'nee' en kan dat aangeven.

In 2015 is er gehechtheidsonderzoek uitgevoerd. Het onderzoek bestond uit het gebruik van de Lijst Gedragssignalen van Verstoorde Gehechtheid (LVGB: Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993) tijdens interviews en observatie. Deze lijst is in een interview afgenomen bij een begeleider van het dagcentrum en een begeleider van wonen. Daarnaast heeft er een dossierstudie plaatsgevonden om te kijken welke signalen daarin te vinden waren. Ten slotte is er met behulp van de *Clinical Observation of Attachment* (COA) diagnostiek gedaan naar het gehechtheidsgedrag van Peter. De

totaal gemiddelde score van het onderzoek (volgens Dekker-Van der Sande en Janssen, 2010) was 26,33. In combinatie met zijn achtergrond betekent dit er sprake is van verstoorde gehechtheid. Het advies was om hem aan te melden voor ITGG, gezien de ernst van zijn verstandelijke beperking, de voorgeschiedenis van adoptie en de lange geschiedenis van gedragsproblemen. De onderzoeker heeft hem, na het bespreken van het advies met zijn wettelijk vertegenwoordiger, aangemeld voor ITGG bij het behandel-en-adviespunt van de organisatie waar hij woont en dagbesteding heeft.

## 1.2 Voorbereiding ITGG

Bij de start heb ik eerst het dossier gelezen en het gehechtheids-onderzoek bestudeerd. Daarna heb ik aan de wettelijk vertegenwoordigers en de persoonlijk begeleiders (pb'ers) van Peter uitgelegd wat de behandeling inhoudt, wat het doel is en hoe ik van plan was om te starten. Ik vind het belangrijk om een breed draagvlak te creëren voor de behandeling, omdat deze intensief en langdurig is. Ook heb ik (schriftelijke) toestemming gevraagd om elke sessie te filmen. Daarnaast heb ik gewerkt met een babyfoon, zodat begeleiders konden horen en zien wat ik deed. Dit om het proces zichtbaar en transparant te houden voor begeleiders. Zo konden zij zien en horen wat ik deed aangezien er geen raam of spionnetje was in de slaapkamerdeur. Het nadeel voor de therapeut was dat je niet weet wie je ziet en of begeleiders hebben gekeken. Begeleiders konden alles zien en horen; dit is goed (vanwege de toegankelijkheid), maar ik was me er ook heel erg van bewust dat iedereen alles kon zien en horen. Dit was soms ingewikkeld want de therapie kon worden onderschat en er konden vooroordelen zijn. Begeleiders waren kritisch: 'Wat doet zij nu eigenlijk?' en 'Ja, zo rustig volgen en in alles meegaan, dat kunnen wij ook wel'. Naast eigen persoonlijke bezwaren was het meest belangrijke dat de therapie (hoorbaar) gevolgd kon worden, aangezien het een gevoel van veiligheid geeft voor zowel therapeut als cliënt. Daarnaast geeft het de mogelijkheid om met begeleiders te praten over de sensitieve en responsieve benadering en over het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

Samen met de persoonlijk begeleiders hebben we gezocht naar vaste dagen en tijden die ook passen in Peters dagprogramma. Hij is mobiel en loopt veel rond. We hebben besproken of het nodig zou zijn om tijdens de eerste sessies de deur op slot te doen, zodat hij in de ruimte bij mij zou blijven en niet aan de wandel zou gaan. Met

toestemming van de wettelijk vertegenwoordigers is dat geregeld, maar het bleek niet nodig te zijn. Gezien het feit dat hij snel afgeleid is, hebben we gekozen om de sessies plaats te laten vinden op zijn eigen slaapkamer, waar hij ook een bankje heeft staan. We spraken af voor twee keer in de ochtend, waarna ik hem naar het dagcentrum bracht om de overgangen te reduceren. De derde keer haalde ik hem op op het dagcentrum en gingen we samen naar de woning. Inge-wikkeld was dat iets drinken na de dagbesteding een routine was voor hem. Als ITGG-therapeut wilde ik dat de focus zou liggen op het opbouwen van een vertrouwensrelatie en niet op de dagelijkse praktische verzorging. De begeleiders vonden het juist wel fijn als ik hem zijn drinken zou geven. Echter, om mijn rol zuiver te houden hebben begeleiders zelf zijn drinken gegeven. Dit vraagt even overleg met begeleiders, maar samen kom je er dan toch goed uit.

Elke zes weken was er overleg met Peters ouders, mentor en pb'ers. Een keer in het kwartaal was er een bespreking in het team van wonen en dagbesteding om hen mee te nemen in het behandelproces. Ook om draagvlak te creëren en vast toe te werken naar de fase waarin begeleiders zelf als gehechtheidsfiguur gaan fungeren. Het is belangrijk om hier creatief in te zijn en de tijd te nemen om uitleg te geven en in de praktijk te oefenen.

## 2 ITGG-therapie

### 2.1 Fase 1 Gehechtheidstherapie

#### *Fase 1.1 Bonding - contact maken*

Aanvankelijk ben ik begonnen om contact te maken door het gedrag van Peter te spiegelen. Hierbij heb ik zijn tempo gevolgd. We liepen heen en weer in zijn slaapkamer van de deur naar zijn raam en terug en dit vele malen achter elkaar. Ik spiegelde het stampen met zijn voet of het aantikken van de vensterbank, deur of bed. In het begin liep Peter een aantal maal naar zijn slaapkamerdeur en opende deze. Een enkele keer liep hij ook naar buiten. Dan volgde ik hem, maar voor hem was dan de sessie beëindigd en wilde hij niet meer naar zijn slaapkamer. Na een aantal malen kon ik Peter hiervan afleiden door in het heen en weer lopen zelf de kant van de deurklink te kiezen en dan was dat voor Peter voldoende belemmering om de deur alleen open te doen en er niet uit te lopen. Hij genoot van het hard dichtgooien van de deur en het spiegelen door mij (ik stampte dan hard op

de grond, spiegelde het geluid). In de eerste sessies leek de gerichtheid op het bewegen te blijven, al was het wel opvallend dat Peter na een paar sessies al opmerkte dat ik hem spiegelde. Hij leek dan bewust dingen te doen, zoals tikken op zijn eigen billen, om te kijken of ik dat ook spiegelde. Dit was na ongeveer een maand.

Peter ging zich steeds meer richten op de bewegingen en geluiden die ik spiegelde. Er ontstond ook een ritueel door aan het begin en als afsluiting van de sessie steeds hetzelfde liedje te zingen; bij de start van de sessie: 'Deze vuist op deze vuist' en bij het afsluiten: 'Dag Peter, dit is het einde...'. De fysieke afstand tussen ons tijdens de sessie werd vooral bepaald door wat Peter daarin aangaf. Fysiek contact weerde hij in het begin sterk af en dat werd door mij gerespecteerd. Naarmate de sessies vorderden, zocht hij zelf meer fysieke nabijheid. Zijn hoestbuien konden overgaan in kokhalzen en soms braken. Dit waren de eerste momenten dat hij nabijheid accepteerde en zelfs steun leek te zoeken door tegen mij aan te gaan staan en met zijn hand en gezicht mijn schouders op te zoeken. Wanneer ik dan een arm op zijn schouder of rug legde weerde hij deze in het begin nog af. Fysiek contact kon wel wanneer hij zelf initiatief nam. Voor mij was dit ook het moment om hem niet af te weren maar juist contact toe te laten en heel zorgzaam te zijn. Omdat hij dan soms contact ging maken heb ik iedere sessie een trui met hoge col aangedaan over mijn kleding om de rest van de dag schoon verder te kunnen. Ondanks dat hij veel speksel had en soms kokhalsde probeerde ik contact toe te laten. Nog een maand later was fysiek contact goed mogelijk, toen zaten we samen op het bankje in zijn slaapkamer. Ik zong liedjes en Peter zat eerst naast mij, legde later zijn benen over mijn schoot en kroop nog later ook op schoot. Er was wederzijds oogcontact mogelijk. Eerst enkele seconden, al snel werd dit langer en keek hij niet meer weg. Het spiegelen bleef een belangrijk onderdeel van de sessies.



### *Fase 1.2 Symbiose*

Door het zingen op schoot ontstond meer contact. Peter ging op schoot zitten met zijn gezicht naar me toe. We konden samen bewegen en geluiden maken doordat ik op zijn gedrag heel goed kon anticiperen. Soms waren bewegingen en geluiden zelfs synchroon omdat ik hem al zo goed had leren kennen. Soms leek hij bijna te huilen en was er veel emotie voelbaar. In dit contact bewogen we op de liedjes (wiegen). Er werden vaste rituelen ingevoerd waaronder steeds dezelfde liedjes en spelletjes. Bijvoorbeeld: 'Daar komt een muisje aangelopen...'. Dat maakte de sessies voorspelbaar en door de eindeloze herhalingen wist hij bij de eerste woorden en/of tonen al wat er ging komen. Tijdens deze fase was er meer afwisseling bij het starten van de sessie met soms een liedje en soms een spelletje.

In deze periode was er een onderbreking van een week door de feestdagen. Dat vond ik zelf spannend omdat we in de symbiosefase van de behandeling waren. Maar toen ik, een week later, 'goeiemiddag' zei werd ik direct herkend door Peter en konden we de sessies bijna hervatten alsof er geen week zonder therapie was geweest. De symbiose kon verbroken worden en daarna weer goed worden hersteld.

We gingen vaker ‘rug-aan-rug’ wiegen maar hierdoor kon ik zijn reactie niet zien. Ik heb daarom een grote spiegel in de ruimte neergezet om zijn expressie te kunnen zien. Dit bleek ook heel fijn te zijn wanneer hij op schoot zat, want we konden samen in de spiegel kijken en contactspelletjes doen. Het duurde een poosje voordat Peter kon genieten van het contact via de spiegel, maar toen hij dat eenmaal door had, kon hij er veel plezier aan beleven. Geleidelijk werd het spelen meer *in-tune out-of-tune*. Dat wil zeggen dat ik bijvoorbeeld midden in een liedje of versje stopte en wachtte tot Peter aangaf dat hij wilde dat ik door ging met zingen. In het begin was het meestal een heel klein signaal van Peter, bijvoorbeeld een blik of even oogcontact zoeken. Later wachtte ik langer op een signaal zodat hij duidelijker kon aangeven wat hij wilde, vaak was dit doorgaan met het spelletje of liedje. Dat spel ontwikkelde zich verder in de volgende fase.

### *Fase 1.3 Stimulatie tot individuatie*

Het *in-tune out-of-tune* kreeg een verdieping door Peter steeds meer uit te dagen om duidelijker aan te geven wat hij wilde. Hij mocht initiatieven tonen en dat beloofde ik door te doen wat hij vroeg zoals een bepaald liedje zingen, een versje of spelletje voortzetten. Ik eindigde iedere keer met *in-tune*, zodat Peter zich veilig bleef voelen om eigen initiatief te nemen. Er ontstond een andere vorm van over-en-weer spel door geluiden te imiteren en het klakken met de tong. Peter liet steeds meer variatie in geluiden horen in de sessies en had duidelijk plezier in een ‘gesprek’ waarbij we om de beurt geluidjes maakten.

In deze fase mag tussen het samenspel door ook ruimte zijn voor gedrag horende bij de symbiosefase 1.2, waarbij Peter weer troost, nabijheid en veiligheid zocht. Deze momenten kwamen steeds minder voor en werden iedere keer beëindigd met het uitdagen van Peter om weer te gaan spelen. Dit is een belangrijk element van de ‘Cirkel van Veiligheid’. Wanneer er alleen troost geboden werd, bleef hij hierin hangen en kon hij soms niet goed stoppen met huilen of troost zoeken. Het was belangrijk dat hij na het troosten ook weer kwam tot exploratie, onderzoeken van de wereld, tot spel. Dat begon met hem op weg te helpen door hem iets aan te bieden en samen te starten.

Er werd ook onderzocht of er sprake was van object- en persoonspermanentie. Dit werd eenvoudig geoefend door een voorwerp half en later helemaal te verstoppert en te kijken of hij daarnaar op zoek ging. Daar hoefde niet veel aandacht aan besteed te worden, want direct was duidelijk dat hij wel wist waar hij moest zoeken! Dit was belangrijk omdat hij moest leren dat, als iets of iemand even uit het oog verdwijnt, dit ding of deze persoon dan niet verdwenen is maar gewoon weer terugkomt. Op dit moment werd er materiaal in de sessies geïntroduceerd. Dit materiaal werd ook gebruikt om mee te spelen, eerst samen, later meer zelf. Peter bleek voorkeur te hebben voor materiaal waarbij er iets gebeurde als hij het aanraakte, zoals *activity centers*. We gebruikten afwisselend een oudere variant waarbij hij zelf iets moest doen om er geluid uit te krijgen, en een versie op batterijen waarbij hij op een knopje moest drukken om verschillende melodieën te horen te krijgen. Door veel voor te doen en hem aan te moedigen er zelf iets mee te doen en dat weer te bekrachtigen, kon hij uiteindelijk wel vijf tot tien minuten bezig zijn met materiaal. Op de woning en het dagcentrum gooide Peter vooral met materiaal dat niet vast zat, zodat hij een schort aankreeg waar materiaal op vast genaaid zat. Het gooien met materiaal in de sessie werd door mij gesust en er werd verder geen aandacht aan besteed. Uiteindelijk deed Peter het materiaal zelf, net als ik, terug in de tas. Dit oefenden we doordat ik tijdens het spelen van Peter steeds een stukje meer afstand nam. Eerst zat hij op schoot of naast me op de bank, later zat ik op een krukje. Steeds verschoof ik mijn krukje een stapje verder naar achteren en opzij. Ondertussen bleef ik hem verbaal aanmoedigen dat hij zo goed aan het spelen was. Ik beantwoordde zijn oogcontact door hem aan te moedigen door te gaan. Uiteindelijk oefenden we zelfs dat ik de kamer verliet (eerst een tel, dan steeds iets langer tot enkele minuten) en dat hij dan zelf bleef spelen. De ene keer lukte dat heel goed, de andere keer zat hij nog wel op de bank met speelgoed op schoot, maar was toch gestopt met spelen en keek naar de deur wanneer ik weer terugkwam. Bij binnenkomst was er even intensief contact met sociale beloning dat hij zo goed was blijven zitten en spelen. Daarna nam ik weer afstand in de kamer.

## 2.2 Fase 2 Gedragstherapie

Door Peters begeleiders werd aangegeven dat het speekselverlies het meest hinderlijk was in de begeleiding. Peter ging soms ook spugen in combinatie met op zijn hand bijten, een enkele keer ook nog gevolgd door met zijn hoofd bonken tegen de muur. In de ABC-analyse viel op dat zijn begeleiders wisselend reageerden op dit gedrag: soms werd het genegeerd, soms werd hij corrigerend toegesproken, of er werd gezegd dat de begeleider zo weer bij hem kwam zitten. Een andere keer werd hij op schoot genomen of werd de volgende stap in zijn programma gestart. Het leek erop dat het gedrag veelal voorkwam bij een overgang in het programma of wanneer het lijntje met de begeleider om de een of andere reden verbroken was.

In de gedragstherapiefase gaat het om het leren van nieuw gewenst gedrag. De ervaring leert dat ongewenst gedrag dan vanzelf uitdooft. Gewenst gedrag wordt sterk sociaal beloond met aandacht of een compliment.

We gingen oefenen met het aangeven wat Peter wilde door een aai op mijn arm, schouder of rug te geven. Dat deed ik door bijvoorbeeld te vragen na het zingen van een liedje of hij er nog een wilde. Als hij dan 'ja' knikte, zei ik: 'Geef maar een aai' en deed ik voor wat ik verwachtte. Bij het geven van de aai door Peter werd hij uitgebreid gecompimenteerd en kreeg hij direct de beloning van het liedje. Ook oefenden we met bellen blazen: 'Wil je meer bellen? Doe maar 'aai'' En wederom uitgebreid complimenteren en meteen bellen blazen. Hij snapte dit na vijf of zes sessies en ging er actief mee aan de slag. Aanvankelijk alleen als ik dichtbij en naar hem toegewend zat, maar daarna ook als ik hem mijn rug toekeerde alsof ik uit het raam keek of wanneer ik zogenaamd iets in een schrift aan het schrijven was. We oefenden dit, omdat straks in de groep niet elke begeleider naar hem toegewend zou zitten en het goed was wanneer Peter dan ook iets kon duidelijk maken of kon vragen. In de dagelijkse praktijk viel het het team op dat hij meer gericht leek te zijn op de begeleiders. Ook ging hij meer communiceren. Hij ging aanwijzen wat hij wilde drinken en hij ging de aandacht van de begeleider ergens voor vragen (*joint attention*) door buiten bij het wandelen iets aan te wijzen. Een voorbeeld hiervan was dat hij met zijn moeder ging wandelen en een poes ergens in een vensterbank ging aanwijzen. Er werd een afspraak gemaakt met de gedragsdeskundige van de woning en de logopediste om te onderzoeken of er mogelijkheden waren voor het verbeteren van



zijn communicatie. Daarnaast was er een afspraak waarin beide pb'ers en de orthopedagoog samen met mij verkenden hoe het nieuwe gewenste gedrag onderdeel kon worden van de dagelijkse begeleiding. Dat was een begin van de generalisatiefase.

### 2.3 Fase 3 Generalisatie

In de sessies met mij liet Peter goed het aangeleerde gedragsalternatief zien: 'aai' in plaats van spugen. Daarna kreeg hij direct daaropvolgend een sociale beloning door hem te complimenteren, door direct een-op-een echte aandacht te geven, te bedenken wat hij wilde en eventueel door te vragen: 'Wil je een liedje? Wil je dat ik nog een keer op dat knopje druk? Wil je nog een keer bellen blazen?'. Ik merkte dat die beloning Peter voldoende bekrachtigde om het gewenste gedrag keer op keer te laten zien.

Peter ging meer experimenteren in de situatie met mij, zo ging hij bijvoorbeeld grapjes maken. In een teamvergadering werd het aanleren van een gedragsalternatief extra toegelicht, uitgelegd en getoond met videobeelden. Er werd afgesproken dat elk teamlid daarmee zou gaan werken. Enkele begeleiders wilden graag samen met de therapeut starten met deze manier van begeleiden en daar werden afspraken voor gemaakt. Als start deden beide pb'ers een keer mee in de therapiesituatie om hun collega's goed te kunnen ondersteunen bij de implementatie. De volgende sessies vonden plaats in de groep, bijvoorbeeld tijdens dagbesteding of tijdens de momenten van iets drinken in de woning. Dit was belangrijk, want zo kon Peter wennen aan het delen van aandacht en kon ik zelf een voorbeeld zijn voor de begeleiders (*modeling*).

Peter bleef zelf spelen met de *activity centre* en variaties daarop. Er werd advies gevraagd aan een speltherapeut welk materiaal het beste aangeboden kon worden, omdat hij ook op dit gebied een stapje leek te zetten in zijn ontwikkeling. Door het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) werd geld toegekend voor de komende twee jaar om extra in te zetten op goede implementatie van de therapie. Dat geld zou worden ingezet voor een videotraining met begeleiding door de gedragsdeskundige en de ITGG-therapeut om de begeleidingsstijl te implementeren en het werken met de 'Cirkel van Veiligheid' te verstevigen.

Adviezen voor in het cliëntplan waren:

- Werk met de ‘Cirkel van Veiligheid’. Wees een veilige haven waar Peter kan komen voor troost, om plezier te delen en gevoelens in goede banen te leiden. Wees een veilige basis, van waaruit Peter de wereld om hem heen kan onderzoeken.
- Stimuleer alternatief gedrag (‘aai’) wanneer Peter ongewenst gedrag (spugen) laat zien.
- Kijk naar elk klein signaal dat Peter geeft om contact te zoeken en te communiceren.
- Beloon gewenst gedrag door een compliment te geven, je op hem te richten en hem voor een moment echt even aandacht te geven.
- Wees sensitief en responsief naar Peter.
- Beleef samen plezier met Peter door samen contactspelletjes te doen.

### 3 Afronding

Peter heeft geleerd om een vertrouwensband op te bouwen met een vertrouwde ander. In de loop van de tijd laat Peter meer affectie zien en zoekt hij duidelijker troost of hulp. Daarnaast geniet hij van samen dingen ondernemen, er is gedeelde aandacht (*joint attention*) voor de wereld om hem heen en hij kan zich langer alleen vermaken (exploratie). Het spugen komt soms nog voor, maar veel minder. Hij vraagt aandacht door een ‘aai’ te geven in plaats van te spugen. Hierdoor is het voor begeleiders prettiger en gemakkelijker om contact aan te gaan, bovendien staat hij meer open voor contact op initiatief van de vertrouwde ander.

Mijn ervaring is dat de samenwerking met een team en de generalisatie van de therapie naar de dagelijkse praktijk lastig kan zijn en de nodige dilemma’s met zich mee kan brengen. Hoewel het team van Peter graag verandering in zijn situatie wilde, waren zij tegelijkertijd ook sceptisch over de mogelijkheden van Peter en over henzelf om het gedrag te beïnvloeden en daadwerkelijk verandering te bewerkstelligen. ITGG is een therapie waar een lange adem voor nodig is en waarin resultaten soms beperkt direct zichtbaar zijn. Psycho-educatie, het zichtbaar maken van het belang en de veranderingen in de therapie en de relatie met de cliënt, zijn dus ontzettend belangrijk.

De behandeling is zeer spoedig verlopen. Peter is emotioneel en cognitief gegroeid. Het moeilijkste was om verandering teweeg te brengen in zijn dagelijkse omgeving. Het betrekken van begeleiders was soms lastig door roosterproblematiek en aanwezigheid van tijdelijke medewerkers. Er is daarom stevig ingezet op de generalisatie-/implementatiefase door videotraining gericht op sensitiviteit en responsiviteit, maar het is soms wel lastig om continuïteit te waarborgen met een incompleet team. Als therapeut kun je deze randvoorwaarden niet beïnvloeden.

#### 4 Terugkoppeling aan verwanten van de cliënt

Vanuit de ouders en de wettelijk vertegenwoordiger van Peter kwam naar voren dat zij vonden dat hij meer open stond voor de omgeving. Hij wees anderen op dingen in de omgeving (*joint attention*). Hij ging steeds meer aandacht vragen op een andere manier dan enkel door te spugen. Wanneer een begeleider specifiek een periode geoefend had met 'een aai is vragen', liet hij dit gedrag meer bij die persoon zien. Hij leek het soms ook te doen om enkel een positief contactmoment te hebben, want de sociale beloning op 'aaien' was een compliment en stralend of bijna juichend benoemen hoe goed hij dat deed. Dat contactmoment bevorderde de relatie met die specifieke begeleider zodanig dat dit een positief effect had op zijn gedrag en het probleemgedrag minder leek voor te komen. Aanvankelijk was er enige terughoudendheid of deze behandeling iets zou kunnen betekenen voor hem. Het gedrag was immers al jarenlang hetzelfde en er leek enige berusting bij de ouders. In de loop van de behandeling werden zij steeds enthousiaster bij het zien van videobeelden van de behandeling. Aan het einde van de behandeling waren zij en de begeleiders verrast en zeer tevreden met het resultaat.

#### 5 Wie is de therapeut(e)?

**Marianne van Groenigen-Hulst**

Ik ben orthopedagoog en gz-psycholoog. Ik werk sinds 1997 met veel plezier in de zorg voor mensen met een beperking, eerst als begeleider en sinds 2000 als gedragsdeskundige. Mijn hart gaat uit naar de intramurale zorg met cliënten met een (Z)EVB, EMB en MVB

met allerlei bijkomende problematiek, in leeftijd variërend van een jong kind tot hoog bejaard. In mijn werk kom ik allerlei gedragsproblemen tegen die meer vragen dan een aanpassing van begeleidingsstijl door de omgeving. Sommige gedragingen blijken diepgeworteld en zijn al zo lang bekend bij cliënten dat de omgeving ze lijkt te accepteren alsof het bij een persoon hoort. Ook kom ik personen tegen die in de loop van hun leven steeds meer beperkt zijn door bijvoorbeeld vrijheidsbeperkende maatregelen of het verkleinen van hun leefwereld waardoor weer andere problemen ontstaan. Door in aanraking te komen met onderzoek naar gehechtheid van de Vrije Universiteit in Amsterdam ben ik mij meer gaan verdiepen in dit onderwerp. Als er nu cliënten zijn die problemen hebben in de gehechtheid, wil ik het niet alleen kunnen vaststellen, maar wil ik hen ook iets kunnen bieden! Na het volgen van de basiscursus gehechtheid en het supervisietraject kan ik zelf een positieve bijdrage leveren aan deze problematiek. Ik zie het als een verrijking van mijn werk als gedragsdeskundige dat ik zo vaak een-op-een mag werken met cliënten. Dat is echt een cadeautje naast de vele overlegvormen en andere taken. Het houdt me scherp en helpt me te reflecteren op mezelf.

### **Mirjam Wouda**

Ik ben orthopedagoog en gz-psycholoog bij dezelfde organisatie waar Marianne van Groeningen-Hulst werkt. Ik heb de gehechtheids-therapie cursus gevolgd en ben behandelaar binnen het Adviespunt van Ons Tweede Thuis.

# 5 Casus Mary

Een vijftienjarig meisje met een matig verstandelijke beperking.

*Mieke Hoenderboom*

## 1 Introductie van de casus

### 1.1 Aanmelding en diagnostiek

Op verzoek van een collega las ik een verslag over Mary, een meisje van vijftien jaar met een matig verstandelijke beperking binnen de zorgorganisatie. Mary is op jonge leeftijd, toen ze ongeveer twee of drie jaar oud was, uit huis geplaatst. Zij woonde toen bij haar moeder en haar jongere broertje. Haar moeder was alleenstaand en had een middelensverlaving (alcohol). Ze kon de zorg voor Mary onvoldoende aan en er was sprake van verwaarlozing. Na de uithuisplaatsing kwam Mary in verschillende zorgorganisaties terecht omdat geen adequate zorg geboden kon worden. Toen ze ongeveer twaalf jaar was, kwam ze bij een groep binnen deze intramurale zorgorganisatie.

Er werd regelmatig over Mary gezegd dat ze mogelijk autisme zou hebben. De begeleiders van de groep kregen het niet voor elkaar om haar op een eenduidige manier te begeleiden en rust voor haar te creëren. Soms leken ze de juiste begeleidingswijze gevonden te hebben, maar dan bleek dit toch niet het geval te zijn en liet Mary agressief gedrag zien. Haar gedrag werd beschreven als ‘chaotisch’. Zo dachten de begeleiders van de dagbesteding steeds een leuke activiteit voor Mary te hebben gevonden omdat Mary er een paar keer fijn op reageerde, maar daarna vond ze er vaak niks meer aan en kon ze materiaal stuk maken. Hetzelfde gold voor het samen wandelen; de eerste keren lukte dit prima maar daarna wilde ze dit niet meer. Begeleiders probeerden verschillende activiteiten uit, maar niks bleek aan te slaan voor een langere periode. Sommige begeleiders dachten dat Mary een bepaalde klik had met andere begeleiders, maar ook dit bleek niet het geval. Het leek erop dat Mary met de begeleider een relatie wilde aangaan maar dan stootte ze de begeleider weer af door niet mee te willen werken, of door naar hem/haar te slaan of te schoppen.

De begeleiders konden moeilijk contact met Mary maken. Zodra ze dichterbij haar kwamen, liep ze weg en/of reageerde zij agressief door te gaan slaan, hen in de ogen of in het gezicht te prikken en hun handen te krabben. Haar begeleiders waren voortdurend op hun hoede voor dit gedrag en kwamen niet meer bij haar in de buurt. Als iemand te dichtbij kwam, werd het te eng en te spannend voor haar. Door het agressieve gedrag namen veel mensen afstand van haar en kreeg Mary niet wat ze juist zo hard nodig had: contact en nabijheid. Omwille van het agressieve gedrag en een volgens de begeleiders overgevoeligheid bij Mary voor prikkels, werd ze steeds meer en langer gescheiden en geïsoleerd van de rest van haar groepsleden. Als de andere cliënten in de woonkamer aan tafel zaten, zat zij op de bank. De intensiteit van het probleemgedrag was hoog.

Mary liet het agressieve gedrag meerdere keren op een dag zien. Echt genieten en alles om je heen vergeten, lukte niet meer voor Mary. Ze was altijd op haar hoede. Haar moeder kwam af en toe op bezoek samen met haar voogd en haar broertje. Moeder leek niet echt een band te hebben met Mary. De begeleiders gaven aan dat ze wel reageerde op dit bezoek, maar het was voor hen onduidelijk of ze specifiek reageerde op de aanwezigheid van haar moeder.

Mary droeg 's nachts een soort van pyjama, een kledingstuk in één geheel met een rits op de rug, omdat ze haar eigen kleren kon uittrekken. In de therapieruimte mocht ik in eerste instantie ook niet te dichtbij komen. Zodra ik dit deed, liep ze weg of reageerde ze agressief. Ze liep niet weg uit het gebouw maar liep wel weg uit de situatie. Ze ging vaak naar een andere plek of een andere ruimte. Ze zocht plekken op die voor haar vertrouwd en bekend waren, zoals de spelkamer en de tuin waar ze vaak speelde met zand en water. Daar was ze gek op.

De belaste voorgeschiedenis deed vermoeden dat er sprake was van een verstoorde gehechtheid. Via diagnostisch onderzoek werd dat vermoeden bevestigd. Ik heb de *Clinical Observation Attachment* (COA) en de Lijst Gedragssignalen van Verstoorde Gehechtheid (LVGB: Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993; Giltaij, Sterkenburg & Schuengel, 2017; Giltaij, 2017) afgenomen, overeenkomstig de beschrijving in Dekker-Van der Sande en Janssen (2010). De uitkomsten hiervan bevestigden dit vermoeden nogmaals. Mary

was vijftien jaar toen het ITGG-traject van start ging. Dit was mijn eerste ITGG-traject.

## 1.2 Voorbereiding ITGG

De therapie werd gegeven in de spelkamer. In deze kamer lag een matras en er waren twee ballen, ter grootte van een skippybal, aanwezig. De kamer was verder prikkelarm ingericht. Er werd aangenomen dat dit voor Mary een vertrouwde en bekende ruimte was op de woning. Ik droeg passende kleding, omdat ze erg beweeglijk was. Ook droeg ik een bril, aangezien ze agressief gedrag vertoonde zodra iemand bij haar in de buurt kwam en hierbij in iemands ogen kon prikken. Ik heb nagedacht hoe ik als behandelaar het contact met haar van dichtbij kon aangaan; het opzetten van een beschermbril of zonnebril leek het proberen waard. Het dragen van een bril vormde geen belemmering voor de therapie. Mary haalde deze bril niet van mijn gezicht. De begeleiders droegen geen bril omdat zij uit de buurt bleven van Mary en het hen niet goed meer lukte om echt contact met haar te maken. Zij bleven op afstand. Ze heeft geen visuele beperking en kon daarom zonder aarzeling met haar rechterwijs- en middelvinger prikken richting de ogen van de ander.

De spelkamer was altijd beschikbaar maar niet altijd even schoon. Het was daarnaast lastig dat de spelkamer twee ingangen had. Hierdoor wist ik nooit helemaal zeker of er iemand van de andere kant naar binnen zou komen. Ik had hier niet zo'n last van maar ik merkte dat Mary dit wel had. Wanneer er op de andere gang lawaai was, reageerde Mary hier heel alert op. Ik heb er toen voor kunnen zorgen dat de tweede ingang op slot kon zodat niemand anders per ongeluk kon binnenlopen. Er werd door de begeleiders van de andere groep verder weinig rekening gehouden met het therapiemoment; geluiden op de andere gang waren niet goed tegen te houden. Door het afsluiten van een deur konden onverwachte situaties wel worden voorkomen.

## 2 ITGG-therapie

### 2.1 Fase 1 Gehechtheidstherapie

#### *Fase 1.1 Bonding - contact maken*

In oktober begon ik met de eerste fase. Deze fase heeft lang geduurd. De sessies duurden ongeveer drie kwartier. Ik startte vaak met een positief moment, zoals het samen zingen van een liedje. In het begin van de sessies lag Mary op het matras en ik naast haar op de grond. Eerst ging Mary liggen en deed ik dit na door ook te gaan liggen. Vervolgens ging ze zitten tegen een bal en ging ik zitten tegen de andere bal. Mary had snel door dat ik haar aan het volgen was en al haar acties nadeed. Zodra ik voor haar te dichtbij kwam, reageerde ze met prikken richting mijn ogen of krabben van mijn handen. Dit is een paar keer voorgekomen. Het was voor ons allebei iedere keer na zo'n 'krabincident' spannend om elkaar weer te ontmoeten. Zij was gewend dat bij het vertonen van agressief gedrag mensen wegbleven en afstand hielden; en ik bleef maar terugkomen. Als we op de grond lagen, deed Mary haar been richting mijn been en dan deed ik dit ook. Ik liet mijn been dan iets langer hangen zodat mijn voet haar voet aanraakte. We zaten ook vaak tegenover elkaar, waarbij zij haar handen naar voren deed. Ik deed dit na. Ik trok mijn handen niet meteen terug maar liet mijn handen hangen, zodat zij die kon aanraken.





Ik probeerde haar zo de gelegenheid te geven om het contact aan te gaan. Ik wachtte af totdat zij zou reageren en probeerde zo de drempel tot contact voor haar te verlagen. Ik probeerde op die manier ook te kijken of ze mijn handen aan kon raken. In april (6 maanden na start) ervaarde ik het eerste echte contact. Ze raakte met haar vinger mijn hand aan, een zachte aanraking. Dit was een prachtig moment.

### *Fase 1.2 Symbiose*

Als ik op de woning kwam, zei Mary mijn naam en liep ze naar de spelkamer toe. Soms zat ze er al omdat ze wist dat ik kwam. Ik probeerde haar in deze fase verder uit te lokken door steeds te wachten op haar initiatief. Ik reageerde op haar initiatief en probeerde Mary uit te dagen door mijn reactie even te laten wachten, zodat zij weer eerst kon reageren. In deze fase reageerde Mary vrijer en ongeremder op mij. Mary was heel beweeglijk en lenig. Ze kon hele gekke bewegingen maken op het matras. Ik probeerde haar bewegingen bij te houden, maar ik was niet zo lenig als zij. Zij kon bijvoorbeeld haar been tegen haar gezicht houden. Dat kon ik echt niet en ik benoemde dat naar haar. Toen zag ik vaak een glimlachje, alsof ze zei: 'Haha, dat kun je niet'. Ondanks de grote lenigheid in haar bewegingen, probeerde ik zo ver mogelijk mee te gaan, haar gedrag en emotie/haar binnenwereld te spiegelen.

In deze fase nam ik spel materiaal mee, zoals een babyrammelaar, een paar knuffels en 'smurfensnot' (vloeibaar rubber in een potje). Ik wou eerst iets met water en zand doen omdat ze dat heel leuk vond, maar dat leek me niet heel praktisch in de spelkamer. Het vloeibare rubber kun je door je vingers laten glijden, is kneedbaar en dat blijft steeds een geheel. Mary leek aanvankelijk niet goed te weten wat ze met dit materiaal aan moest. De babyrammelaar maakte geluid en daar kon mee gedraaid worden. Dit draaien leek ze leuk te vinden. Er was geen sprake van samenspel, ze trok het materiaal vaak naar zich toe. Ze deed verder niet veel met het materiaal. Ze was erg bezig met haar eigen lichaam, het uitdoen van haar kleren, het spelen met haar tenen. Het was heel basaal, het draaide bij haar met name om zintuiglijke sensaties. Op de dagbesteding waren de begeleiders steeds op zoek naar materiaal dat ze prettig vond om te voelen. Het was steeds een ontdekkingsfase.

Er was bij Mary geen bepaalde nieuwsgierigheid naar materiaal toe. Ik ben een keer uit de ruimte gegaan om op de videocamera te kijken of ze iets zou doen met het materiaal als ik er niet was. Ze gooide het materiaal dat voor haar lag dan aan de kant en deed er niks mee. Ik had hard, zacht en kneedbaar materiaal meegenomen, maar dit leek geen verschil te maken. Ik probeerde haar nieuwsgierigheid te wekken door samen de materialen met de handen en het gezicht te voelen en door de materialen vast te pakken. Ik kreeg niet de indruk dat ze het echt heel fijn vond, of dat ze het zo fijn vond dat ze er zelf mee aan de slag ging. Ze genoot meer van de lichaamsbewegingen, waarin ze zelf het initiatief nam en ik daarna haar geluiden en bewegingen spiegelde. Ik zag dan vaak een glimlach bij haar. Ik had het gevoel dat dit momenten waren van echt contact. Ik benoemde haar belevingen en emoties (waar van toepassing). Bijvoorbeeld: 'Ik zie een lach op je gezicht, jij geniet van ons spel, ik geniet zelf ook.'

In deze fase had ik de bril niet meer op, het prikken en krabben was sterk verminderd. De neiging leek er niet meer te zijn. Haar begeleiders van de woongroep gaven aan dat Mary uit zichzelf meer nabijheid en contact zocht.

### *Fase 1.3 Stimulatie tot individuatie*

De afstand tussen Mary en mij veranderde. Ik mocht dichterbij komen en tevens was ze ontspannen als ik wegging en terugkwam. In plaats van het spiegelen van haar handelingen en emoties was er sprake van samen iets doen. We konden dichterbij elkaar zitten. Tijdens de eerste twee fases zaten we op het matras tegenover elkaar met de benen recht vooruit en de voeten tegen elkaar. Op een bepaald moment konden we met de benen naast elkaar gaan zitten. Zo kwam ik naast haar te zitten in plaats van tegenover haar. De eerste keren dat ik dit deed, ging ze heel snel terug tegenover me zitten. Stilaan kon ze me steeds beter vertrouwen en kon ik steeds meer naast haar gaan zitten. Er was veel beurtwisseling, ze probeerde meer reacties bij mij uit te lokken door te dollen. Het lichamelijk contact was voorafgaand aan de therapie voor Mary met name negatief geweest. Ze leek het heel eng en spannend te vinden als mensen te dichtbij kwamen. Door contact-spel kon ik nagaan hoe ze reageerde op het contact, waarbij ik haar aanraakte en dichterbij haar kwam. Mary kon op het einde van deze fase langer in contact blijven en verbrak het contact veel minder.

Uiteindelijk nam ik ander materiaal mee maar de interesse bleef uit, ook na het meerdere keren te hebben aangeboden. Ze had interesse in contact-spel en in het zingen van liedjes. We begonnen de sessies steeds op de grond en met het zingen van een liedje en we eindigen altijd met het gebaar van 'klaar' (handen over elkaar wrijven). Zij luisterde naar de liedjes. Voor haar waren heel wat dingen nieuw. Ze was niet gewend om te spelen, of om iets te doen omdat het leuk kan zijn (met speelgoed geluid maken en een liedje zingen). Het contact dat met Mary werd gemaakt was steeds functioneel geweest, zoals het verschonen van haar luier als kind en het geven van de fles. Er was contact omdat het moest en het contact bestond uit heel beperkte interactie en aandacht voor haar als persoon en voor haar binnenwereld.

Aan het einde van de eerste fase kon ze verbaal 'klaar' aangeven wanneer de sessies voor haar lang genoeg hadden geduurd. Toen ik in het begin wegging, was ik weg, maar meer naar het einde van de therapie toe zei ze vaak: 'Dag, Mieke.' Ze begon me dan echt bewust uit te zwaaien. Begeleiders gaven regelmatig aan dat Mary de sessies leuk leek te vinden omdat ze regelmatig naar me vroeg: 'Komt Mieke?'



Het probleemgedrag op de woning kwam minder frequent voor. Mary kon nu voor een langere periode in de woonkamer blijven zonder weg te lopen, en het was voor de begeleiders mogelijk om haar minder te isoleren van de andere cliënten. Mary kon meer betrokken worden in de woongroep. De begeleiders van dagbesteding gingen meer variatie in spelmateriaal aanbieden. Ze zagen dat Mary hier niet afwijzend op reageerde en hier meer open voor leek te staan.

### *2.2 Fase 2 Gedragstherapie*

Ik bleef langer in de woonkamer en ging niet meteen naar de spelkamer met Mary. Ik liet zien dat je ook in de woonkamer kunt zijn. Ik ging bewust een gesprekje aan met een begeleider waarbij zij even op mij wachtte. Mary kon langer blijven zitten, bleef langer in de woonkamer en de dagbesteding verliep steeds beter. Zij kon in de woongroep zijn en meer contact zoeken met de anderen om haar heen. Waar Mary in eerste instantie wegliep als iemand te dichtbij kwam, kon ze nu blijven zitten als iemand naast haar op de bank kwam zitten.

Ik heb twee ABC-analyses uitgevoerd: een met de begeleiders van de woongroep en een met de begeleiders van de dagbesteding. Bij de begeleiders van de woongroep was ik meer betrokken omdat de spelkamer waar ik de therapie gaf op de woning was. Ik merkte dat ik gemakkelijker de transfer kon maken door wat langer te blijven op de woongroep en te praten met de begeleiders. Uit de ABC-analyse van de woongroep bleek dat het onrustige gedrag van Mary was afgenomen. Ze kon nog agressief gedrag vertonen in situaties waarin ze moeilijker kon ontsnappen. Dit was dan bijvoorbeeld bij bepaalde verzorgende activiteiten, zoals het knippen van de teennagels. Het ging hierbij om situaties waarin 'iets moest gebeuren'. De ABC-analyse van de dagbesteding liet zien dat Mary meer aan leek te kunnen; als er iemand binnenkwam, reageerde ze minder onrustig dan voorheen. Mary reageerde nog steeds alert en onrustig wanneer een andere cliënt of begeleider plotseling binnenkwam in de dagbestedingsruimte, maar dit was voor de begeleiders gemakkelijker om te buigen en ze konden haar sneller geruststellen.

### *2.3 Fase 3 Generalisatie*

Om deze fase zo adequaat mogelijk te laten verlopen, gaf ik uitleg aan het team over gehechtheid en ITGG aan de hand van de videobeelden. Ik vertelde wat men kon doen, qua spel en in de omgang met haar. De

begeleiders van de dagbesteding gaven aan dat ze meer aan leek te kunnen, ze reageerde beter op de aanwezigheid van andere mensen in de ruimte. Ze boden ander materiaal aan. Als de begeleiders dachten dat ze iets leuks vond, boden ze naast het materiaal dat ze leuk leek te vinden ook materiaal aan dat heel anders aan voelde. Zo leek ze een zachte knuffel fijn te vinden en experimenteerden de begeleiders of ze een rubberen knuffel ook leuk zou vinden. De begeleiders van dagbesteding dachten na over het uitbreiden van de dagbestedingsuren na het zien van de positieve verandering.

Op de woongroep kwamen er regelmatig momenten voor waarbij anderen in de ruimte waren of het heel druk was. Ik heb samen met de begeleiders van de woongroep gekeken of het onrustige gedrag van Mary toen nog voorkwam, maar dit bleek niet het geval. We zijn daarom gaan kijken of we Mary voor een langere tijd in de woonkamer konden laten blijven.

We hebben besproken welke veranderingen in het ondersteuningsaanbod wenselijk zouden zijn. Sommige begeleiders pakten de overdracht en de uitleg bij de videobeelden meteen op. Andere begeleiders bleven soms bij hun opvattingen en zeiden: 'Ja, dat snapt ze wel' of 'Ze doet het erom'. Ik heb de 'Cirkel van Veiligheid' uitgelegd aan de begeleiders om de deskundigheid bij de begeleiders te vergroten en te zorgen voor een groter begrip van haar gedrag. De begeleiders hebben allemaal een scholing gehad over gehechtheid. Ik hielp hen regelmatig bij de vertaalslag hiervan door bepaalde gedragingen van Mary te koppelen aan filmpjes die tijdens de scholing aan bod waren gekomen.

### 3 Afronding

Er zijn reuze stappen gezet. Mary kan contact aangaan zonder naar iemands ogen te prikken of te krabben. Het was mooi om de therapie bij haar te kunnen aanbieden.

De ITGG-therapie vraagt een flinke tijdsinvestering van de behandelaar. Het traject bij Mary heeft langer dan een jaar geduurd. Ik merk dat het bieden van de therapie intensief kan zijn. Hierbij zie ik dat mensen/organisaties bij voorbaat al kunnen afhaken. Daarom vind ik het belangrijk dat de betreffende zorgorganisatie de therapie onder-

steunt. Aan de gedragsdeskundige van Mary heb ik in het begin gevraagd of er toestemming was van de locatiemanager voor de therapie. Het geven van goede informatie bij het begin is hierbij noodzakelijk. Aangezien het een lang traject kan betreffen, is het belangrijk dat er niet te veel dingen veranderen gedurende de therapie, zodat de resultaten bij de cliënt kunnen worden toegeschreven aan de therapie en niet aan andere factoren binnen de zorgorganisatie.

Mary kreeg op de dagbesteding een-op-een begeleiding. Vanuit de locatiemanager was er druk om dit te verminderen omwille van de hoge kosten. Ik merkte dat niet alle begeleiders konden omgaan met deze druk, het zorgde voor onrust bij hen en zij wilden deze intensieve begeleiding op de dagbesteding daarom liever beëindigen. Aan de andere kant kan de therapie op lange termijn veel opleveren voor de organisatie en managers: minder kosten aan personeel dat overspannen of ziek is; Mary kan na de therapie meer in de groep meedraaien; er is minder spanning op de woning en binnen de dagbesteding, waardoor andere cliënten ook minder spanning ervaren. Het draagt bij aan een positieve sfeer en meer tevredenheid.

Ik denk dat er bij de woongroep meer winst is behaald, omdat Mary daar meer was. Mary had twee uur per dag dagbesteding en was veel meer aanwezig op de woning. Ik had meer contactmomenten op de woning. Achteraf gezien hadden de evaluatiemomenten van de therapie beter gepland kunnen worden. Er waren in het begin geen gezamenlijke evaluatiemomenten en hierdoor hadden de begeleiders van de woongroep en van dagbesteding de evaluatiemomenten apart van elkaar. Het lukte niet om iedereen bij elkaar te krijgen omwille van verschillende agenda's. Echter, met een betere planning bij de start van de behandeling was dit wellicht toch mogelijk geweest.

De afname van het 'prikgedrag' werd zowel gezien door de begeleiders van de woongroep als door de begeleiders van dagbesteding. Af en toe liet Mary nog wel onrustig gedrag zien, maar haar begeleiders konden dit nu beter voor haar reguleren.

## 4 Terugkoppeling aan verwanten van de cliënt

Bij de verjaardag van Mary kwamen haar voogd, moeder en broertje op bezoek. Normaliter uitte Mary agressief gedrag naar haar broertje. Dat was nu niet het geval en daar was iedereen verbaasd over. Het broertje zei dat ze veranderd was en veel liever op hem reageerde. Hoewel haar moeder op bezoek kwam volgens de bezoeksregeling is er geen terugkoppeling mogelijk geweest. Er is een uitgebreide terugkoppeling geweest tijdens de jaarlijkse ondersteuningsplanbespreking waar haar voogd ook bij aanwezig was.

## 5 Wie is de therapeut(e)?

**Mieke Hoenderboom**

Ik ben orthopedagoog-generalist en werkzaam binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Op dit moment werk ik in loondienst op een Polikliniek en voor een zorgboerderij met kinderen en jongeren. Daarnaast werk ik als freelancer, waarbij ik verschillende werkzaamheden uitvoer. Mijn HBO- en universitaire opleiding heb ik in Haren en Groningen gedaan. Tijdens mijn bachelor-stage ben ik met een orthopedagoog aan de praat geraakt en dat leek mij een leuke opleiding om ook te gaan doen. Ik heb daarom aansluitend op mijn HBO-opleiding Orthopedagogiek gestudeerd aan de universiteit. Na het behalen van mijn masterdiploma heb ik eerst in het noorden van het land gewerkt en daarna in Twente. Gehechtheid heeft al jarenlang mijn interesse en via mijn werk ben ik met de ITGG-therapie in aanraking gekomen. Ik heb toen de basiscursus Gehechtheidstherapie gevolgd, met aansluitend de intervisiemomenten behorend bij de ITGG-therapie.

# 6 Casus Limei

Een meisje van elf jaar met een matig verstandelijke beperking.

*Henri Koelewijn*

## 1 Introductie van de casus

### 1.1 Aanmelding en diagnostiek

Het is donderdagmiddag. Op de zorginstelling is er een behandeloverleg over Limei. In de vergaderkamer zitten begeleiders, een gedragsdeskundige, een CCE-consulent, de arts en de ouders van Limei bij elkaar om een plan van aanpak te bespreken.

Limei woont nu een aantal maanden binnen deze organisatie. De eerste maanden leek het goed te gaan. Limei leek zich snel aan te passen aan haar nieuwe woning. De begeleiders beschreven haar als vrolijk en spontaan. Nu, een paar maanden later, is dit beeld gekanteld. Het overleg werd georganiseerd om de vraag te beantwoorden: ‘Wat heeft Limei van ons nodig om weer ontspannen te functioneren?’ Er zijn veel agressie-incidenten geweest. Haar begeleiders kennen de ontspannen Limei van de beginperiode niet meer. Ze vermijdt contact of laat agressie naar haar begeleiders zien. Naast fysieke agressie vertoont ze ook verbale agressie. Ze scheldt haar begeleiders uit voor ‘k\*\*\*\*zak’ en vloekt en schreeuwt alles bij elkaar.

De CCE-consulent heeft net zijn verslag toegelicht. Hij beschrijft Limei als een meisje met een onveilige gehechtheidsontwikkeling. Haar adoptiemoeder vraagt: ‘Heeft de zorgorganisatie therapie voor kinderen met een gehechtheidsprobleem?’

In de onderstaande casus wordt het ITGG-traject bij Limei beschreven. Nadat er een kort beeld van Limei is gegeven, wordt elke fase van de therapie toegelicht. Het perspectief van de tekst wisselt tussen retrospectief beschrijven wat er gedaan is en een inkijkje in de therapie sessies.

### 1.2 Voorbereiding ITGG

Limei is een meisje van elf jaar met een matig verstandelijke beperking. Ze is geboren in China, te vondeling gelegd en toen ze



twee jaar was, geadopteerd door Nederlandse ouders. Het is niet duidelijk hoe de eerste maanden van haar leven verlopen zijn. In het adoptiegezin werd al snel duidelijk dat ze een ontwikkelingsachterstand had.

Op dit moment woont Limei in een groep van acht kinderen met een verstandelijke beperking. Overdag bezoekt ze een ZMLK-school. Ook tijdens de periode waarin het slechter met haar gaat. Wonderbaarlijk genoeg laat ze op school nooit boos of agressief gedrag zien. Integendeel, ze heeft veel aandacht voor het verhaal van de leerkracht, is zeer gemotiveerd en geconcentreerd bezig met haar taakjes en is hulpvaardig naar andere kinderen.

Ik werk als gedragsdeskundige binnen de zorg organisatie waar Limei woont. Ik ben niet betrokken bij haar woongroep. Er is aan mij gevraagd ITGG te bieden.

Alvorens te beginnen met de behandeling is het van belang een beeld te hebben van Limei: haar ontwikkelingsniveau, haar achtergrond, haar levensloop en haar gedrag. In de voorbereidende fase heb ik contact gehad met haar ouders, AVG-arts en begeleiders. Ook ging ik voor observatie naar haar woongroep. Met haar adoptiegezin en haar begeleiders hebben we duidelijk afgesproken hoe we de therapie zouden beschrijven. We hebben gekozen voor de term 'speelmaatje'. Alle partijen gaven haar de boodschap dat ik twee keer per week kwam spelen.

## 2 ITGG-therapie

### 2.1 Fase 1 Gehechtheidstherapie

De Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag bestaat uit drie fases. De fase van gehechtheidstherapie, de fase van gedragstherapie en de generalisatiefase. Deze zijn beschreven in het ITGG-behandelprotocol (Sterkenburg & Schuengel, 2020). Dit ITGG-protocol is aangepast om aan te sluiten bij wensen en behoeften van mensen met een matig verstandelijke beperking (Sterkenburg & Weijburg-Melis, 2017). Aanpassingen hebben bijvoorbeeld betrekking op de activiteiten die worden gedaan met spelmateriaal. Ook is de frequentie dan niet drie keer, maar twee keer per week.

Het is woensdag. Ik ben onderweg naar de woning van Limei. Door haar ouders en begeleiders is verteld dat ik elke week op maandag en woensdag kom. Ze hebben een foto laten zien en verteld dat ik vanaf nu haar speelmaatje ben. Vandaag start ik met de therapie. Eerst maar eens kijken of ik contact kan leggen. De deur wordt open gedaan door een begeleider die me meeneemt naar de slaapkamer van Limei. Ze zit rustig op haar kamer in afwachting van mijn komst. Wat onwennig geeft ze een hand. De begeleider vertelt haar dat ik met haar kom spelen.

### *Fase 1.1 Bonding - contact maken*

Ik vraag aan Limei of ze spelletjes heeft. Ze neemt me mee naar de speelgoedkast en laat de spellen zien. Ik volg en reageer: 'Zo, wat een spellen! Welk spel zullen we doen?' Ze pakt snel drie dozen en geeft ze aan mij en loopt direct naar de speelkamer. Dit is een leegstaande slaapkamer op de eerste verdieping van de woning. De kamer is vrijwel leeg. Er staat een kast en een bankje met bijzettafeltje. Er ligt een vloerkleed met kussens. Ik vraag waar we gaan zitten. Limei verwijst me naar de bank: 'Jij moet daar zitten.' Zelf gaat ze op het vloerkleed zitten en stalt het eerste spel uit. Gepassioneerd begint ze het spelmateriaal te ordenen. Ik benoem wat ze doet en spiegel haar gedrag. Ondertussen houdt ze me in de gaten en zegt: 'Hou op.'



In de eerste weken heb ik de emoties en het gedrag van Limei vooral gespiegeld en letterlijk gevolgd. Daarmee wilde ik haar voorlopig de leiding geven, de focus ligt op het aansluiten bij haar gevoelens en gedachten; haar binnenwereld. Ik probeerde haar gedrag te spiegelen zonder letterlijk te herhalen. Letterlijk herhalen of nadoen vond ze vervelend, merkte ik. Ik paste mijn reactie dus aan, veranderde de toon, zoals je iets samenvat. Of ik maakte er een vraag van. Als ze bijvoorbeeld zei: 'Ik ga morgen naar school', dan reageerde ik met: 'Oh, je gaat morgen naar school?' - soms vragend, soms stellend. Het was op dat moment vooral belangrijk om haar niet als 'informatiebron' te zien. Het is namelijk verleidelijk te vragen wat ze dan gaat doen op school of hoe de leerkracht heet. Maar daarmee neem ik regie en die wil ik nu net bij haar laten. Ik wil aansluiten bij haar belevingswereld. Zij hoeft niet aan te sluiten bij mij, mijn interesse of gedachten. Zij staat centraal. Het doel in deze fase is dat steeds te erkennen. Op die manier wordt ze bevestigd in haar bestaan. De boodschap is: 'Jij bent er, jij bent van betekenis, jij hebt invloed'. Ik wilde aansluiten bij haar 'innerlijke wereld'.

Na enkele keren leek er een patroon te ontstaan. Mijn komst, twee keer per week, werd voorspelbaar en vertrouwd. Mijn houding werd vertrouwd en veilig. Er kwam meer rust in het spel en in het contact. Ook binnen het spel en het contact ontstond een vertrouwd patroon. Echter, dit proces van opbouwend contact werd verstoord door een periode waarin ze veel spanning had (twee maanden na de start). Ik ben blijven komen en ons spelpatroon bleef in stand. Binnen de therapie sessie was niet heel veel spanning te zien, maar ik merkte dat het tempo hoger lag en de duur korter was. Limei was gehaast in haar spel, vluchtig in contact. Ze wilde zo snel mogelijk weer naar haar slaapkamer. Toen er na zes weken meer rust kwam, konden we een nieuwe stap maken in het contact. Er ontstond steeds vaker een soort eenheid ('wij').

Het is inmiddels juni. Ik ben ruim drie maanden verder met Limei. We liggen op onze buik op het vloerkleed een puzzel te doen. Zonder al te veel woorden kunnen we het spel voortzetten. Zij een stukje, ik een stukje. Het is een vertrouwd ritme. We hebben dit vaker gedaan. Limei doet haar schoenen uit. 'Schoenen uit, Hédi!', 'Je wilt dat ik mijn schoenen uit doe?', 'Prima, trek ze maar uit'. Ze trekt mijn schoenen uit. Ik ga weer liggen en doe alsof ik wat stijf in mijn rug ben. Prompt pakt Limei een kussen en legt dit bij mijn hoofd. 'Ga maar even

liggen', zegt ze. Tegelijk drukt ze wat onhandig mijn hoofd op het kussen. 'Ah, heerlijk', zeg ik. Limei vervolgt zelfvoldaan de puzzel. Ik blijf liggen. Een paar minuten later is de puzzel klaar, ze ruimt hem op en pakt de volgende doos. Ik ga weer zitten en sluit aan bij haar spel.... 'Maandag kom je weer', zegt ze tegen zichzelf. 'Maandag kom ik weer', zeg ik.

### *Fase 1.2 Symbiose*

Tijdens spel kwamen we tot een zekere cadans. Er was niet veel informatie nodig om tot spel te komen en in contact te blijven. De communicatie ging dikwijls over op gevoelsniveau. We voelen elkaar steeds meer aan in tempo, afstand en beurtwisseling. Op de video-beelden is duidelijk te zien dat de fysieke afstand kleiner is geworden. We zijn samen gericht op het spel dat we spelen. Soms is er even sprake van fysiek contact wanneer zij mijn hand of arm kort aanraakt.

Door de komst van een nieuwe bewoner moesten we in deze periode wisselen van spelkamer. In de nieuwe kamer was nauwelijks ruimte voor spel op de vloer. Deze werd gebruikt als tweede huiskamer en was ingericht met een eet- en zithoek. We waren gedwongen om aan de eettafel een spel te doen, dit was een knelpunt. De tafel stond letterlijk tussen ons in. Ook grensde deze kamer aan de centrale hal, wat geluidsoverlast gaf voor Limei. Ze werd angstig en alert, was voortdurend afgeleid en kon moeilijker in spel en in contact komen.

In de supervisie concludeerden we dat de gezelschapsspellen of puzzels minder goed aansluiten op haar niveau. Ze maakt haar eigen regels, omdat ze het spel niet overziet. Het doet vooral appèl op haar cognitie. Ik wilde graag bij haar gevoel en emotie komen. Vanaf die tijd heb ik geprobeerd sensopathisch spel, fantasiespel en verhalen voorlezen te introduceren.

Na de zomervakantie konden we de oorspronkelijke kamer weer gebruiken. Dit hielp. Hier nam Limei weer meer initiatief in het spel. Ik heb nieuwe materialen meegenomen, zoals touwen en lakens om een tent te bouwen. Dit gaf nieuwe informatie over haar innerlijke denkproces: ze heeft geen plan, begint gewoon met het materiaal dat ze tegenkomt en loopt vervolgens vast. Dit maakte dat ze hulp ging vragen en een afwachtende houding aannam. Steeds heel even maar, want dit geeft controleverlies en dat is spannend.

In die periode heb ik ook geprobeerd sensopathisch spel aan te bieden. Dit lukt maar beperkt. Kleien vindt ze niet echt leuk, knutselen heel even. Pas als het om letters en namen gaat, vang ik haar aandacht. Ze houdt van fysieke activiteiten, zoals balspel. Het is meer fantasiespel met de bal, dan een balspel met regels. Ze doet een trucje of maakt een parcours en ik moet het dan na doen. Hiermee kon ik experimenteren met aansluiten of afhaken, *in-tune out-of-tune*.

Limei doet lachend de deur open. Voordat ze me begroet, kijkt ze in de tas die ik heb meegenomen. ‘Ballen!’ stelt ze vast. ‘Kijk eens goed, wat zit er nog meer in?’ Naast verschillende soorten ballen, zit er een schuim dobbelsteen in, ter grootte van een voetbal. Eenmaal op haar kamer keert ze de tas om en kiest twee ballen en de dobbelsteen. Ik heb daarnaast drie hoepels meegenomen. Ze legt de hoepels in de kamer, gooit de dobbelsteen, roept het aantal ogen, stuitert dit aantal keer en hinkt van hoepel naar hoepel. ‘Nu Hédi!’ roept ze en gaat op mijn plek zitten kijken. Ik doe precies na wat zij deed. Ze volgt nauwkeurig wat ik doe. Vervolgens verzint ze een nieuwe oefening, die ik weer nadoe. Ik doe het expres verkeerd, quasi stuntelig. ‘Nee, Hédi! Terug!’ Ik vraag verduidelijking en start opnieuw, haar aanwijzingen nauwkeurig opvolgend. Enige tijd later ga ik verder met het niet-opvolgen van haar aanwijzingen. Nadat ik het eerst ‘per ongeluk’ verkeerd deed, maak ik nu duidelijk dat ik het anders wil. Dat roept spanning op. Ze reageert corrigerend: ‘Hé, dat mag niet, nu naar de gang!’ De eerste keren onderbreekt ze het spel en zet me ‘voor straf’ op de gang. Als ik weer luister, kunnen we het spel hervatten. Het lukt haar nog niet om de controle uit handen te geven. Dat is nog te spannend.

### *Fase 1.3 Stimulatie tot individuatie*

Tijdens de stimulatie tot individuatie ben ik aan de slag gegaan met verstoppertje spelen, niet luisteren of meedoen, iets anders willen, ‘jij en ik’ en de eigen mening benadrukken. In het begin van deze therapiefase lukte het niet de spanning binnen de spelkamer te herstellen. Wanneer de spanning Limei te veel werd, deelde ze gedecideerd mee dat ik naar huis moest. Ze begon meteen op te ruimen en verliet de spelkamer. Soms was dat al na tien minuten. Het lukte me niet om haar op andere gedachten te brengen. Ze wilde zo snel mogelijk weer naar haar kamer. De plek waar ze zich het meest veilig voelt en de spanning kan reguleren. Op die momenten koos ik

ervoor de therapie sessie af te ronden en aan te sluiten bij haar behoefte. Dat hield de opgebouwde vertrouwensrelatie in stand. Ik benoemde wel de door mij waargenomen emoties.

Eerst kon ze niet over haar emoties praten. Enkele keren leidde dit zelfs tot onbeheerste boosheid en agressie. Ze vloog me aan, maar liet zich tegelijk tegenhouden. De eerste keren was daarmee de sessie beëindigd. Later kon ze vertellen waar ze boos over was. 'Ik zeg dat jij de blauwe pion hebt en ik de rode en jij wilt rood en doet niet meer mee!', 'Je luistert niet, Hédi!' en 'Oh, ben je daarom boos, goed dat je het zegt', 'Zullen we het weer goed maken?'. We konden goed uit elkaar gaan en later lukte het ook het spel weer te hervatten en de spanning binnen het contact te reguleren. Opvallend in deze periode was ook dat ze steeds meer vanuit de eerste persoon ging spreken; 'Ik wil..., ik ga ..., ik heb ...'.

Ik ben met Limei in de spelkamer en merk aan haar dat ze onrust ervaart. Haar tempo ligt hoog, ze heeft een oppervlakkige ademhaling, ze praat hard, op gebiedende toon. Ik heb een vel papier meegenomen en wil met een dikke viltstift een omtrek van haar voet maken. Ik leg het vel op tafel, maar ze grist het weg en stopt het in de tas met de opmerking: 'Dat gaan we niet doen!' Ik spiegel haar gedrag door te zeggen: 'Jij doet het papier in de tas, we gaan niet tekenen. Wat gaan we wel doen?' Ze pakt een puzzel, gooit stukken op de vloer, en verwijst mij naar de zijkant van het vloerkleed. 'Jij mag niet meedoen', zegt ze op harde toon. Ik ga zitten en kijk wat ze doet, maar na een minuut ruimt ze onverrichter zaken weer op. Vervolgens pakt ze 'Mens-erger-je-niet' en zegt: 'Ik heb rood en jij hebt blauw.' Waarop ik stellig zeg: 'Ik wil rood.' Ze herhaalt met harde stem: 'Nee, ik heb rood, jij hebt blauw!' Ik draai me van haar af, ga met mijn armen over elkaar zitten en herhaal: 'Ik wil rood.' Vervolgens duwt ze de tafel meerdere keren, steeds harder, tegen mijn rug en gooit de tafel om. 'Hédi, gaat naar huis!', roept ze vervolgens. Ik draai me om en zeg neutraal: 'Jij bent boos.' Op dat moment zakt de spanning en komt ze weer in contact. Ze kan vertellen waarom ze boos is. Eerst op hoge toon, daarna wat rustiger. Ondertussen ruimt ze op. Het lukt niet meer het spel te hervatten, maar ze kan de spanning enigszins reguleren door te praten. We ronden af met een handdruk en bespreken wat we de volgende keer gaan doen.

## 2.2 Fase 2 Gedragstherapie

Een ABC-analyse is gedaan naar aanleiding van voornamelijk het niet kunnen reguleren van stress en het grensoverschrijdend zoeken van controle. Bij stress gaat Limei namelijk dwingend controle uitoefenen op anderen, ze is dan zeer bepalend. Anderen moeten direct weg of iets voor haar doen. Doorgaans lukt het haar niet die controle te vinden en gaat ze schelden of slaan. Ze verliest dan de controle over zichzelf. Door haar te helpen om haar eigen emoties beter te herkennen en te verwoorden en haar te helpen om haar emoties te reguleren, zou zij naar verwachting haar emoties zelf beter kunnen reguleren.

Om Limei meer grip te geven op haar stress ben ik in deze therapiefase gaan werken met herkennen van emoties. Ik heb de vier basisemoties geïntroduceerd met plaatjes. De betekenis heb ik haar er onder laten schrijven. Daarnaast heb ik de basisemoties als thema in fantaspel gebruikt. We hebben met knuffels, hoedjes, verschillende verhaaltjes en rollen gespeeld. In het begin was dit eng en lag het initiatief vooral bij mij. Limei volgde mijn voorbeeld. Na enkele weken nam zij steeds meer initiatief en liet fantasieverhaaltjes zien. Zo hebben we een tentje gebouwd voor knuffelberen en een klasje gemaakt van knuffels.

Vervolgens begon ik steeds vaker over mijn eigen emoties. 'Ik ben blij vandaag, ik vind dit niet leuk, het maakt me verdrietig, of ik word bang van je'. Vervolgens ben ik haar emoties gaan benoemen: 'Ik zie dat je ... kijkt'. Steeds vanuit een 'ik-boodschap', om te benadrukken dat ik het zo zie. Zodra ze hier ontvankelijk voor was, ben ik onderscheid gaan maken tussen 'groot' en 'klein'. 'Hoe boos ben je? Zo groot of zo groot?'

Emoties werden langzaam meer gedifferentieerd. Het overspoelt haar niet steeds. Ze kan beginnend onderscheid maken tussen haar emotie en die van de ander. Ze kan herstellen als ze even uit balans is. Ze heeft hiervoor nog wel de hulp en ondersteuning van de volwassene nodig. Het gevolg is dat spel steeds meer als reflectiemoment wordt gebruikt. Ze laat gebeurtenissen uit haar leefwereld tijdens het spel terugkomen. Ze ordent de informatie, verwerkt het en reguleert hiermee haar stress over onderwerpen die onduidelijk, nieuw of spannend zijn.

### 2.3 Fase 3 Generalisatie

In deze fase is het de bedoeling om de aangeleerde vaardigheden en het spelpatroon over te dragen aan de begeleiders en dit te integreren in de dagelijkse begeleiding.

Er is in deze periode een ontwikkeling bij Limei te zien. Ze laat binnen de therapie steeds meer gehechtheidsgedrag zien, dit wil zeggen: gezamenlijk aandacht hebben voor haar belevingswereld (*shared attention*), ze deelt wat er bij haar speelt, vraagt verduidelijking, neemt initiatief tot spel, neemt mij bij de hand en betreft mij bij haar spel, laat emoties zien en benoemt deze, zoekt steun bij stress en kan herstellen tijdens contact.

Het spelmoment lijkt inmiddels een soort reflectiemoment te zijn in de week. Zo kan ze daar via spel 'vertellen' wat haar bezig houdt. De ene keer is dat de vakantie van haar ouders, een andere keer het overlijden van haar oom, de paaslunch op school, of soms gewoon wie er in haar groepje zit die dag. Het helpt haar om informatie te ordenen en te verwerken. Het helpt om stress te reguleren.





Het team merkt op dat hun contact en de relatie met Limei verandert. Haar gedrag wordt benoemd en gespiegeld (zonder oordeel). Door wat reactietijd te geven, werd ook gesuggereerd of ze iets wil vragen. Dat helpt haar zich bewust te worden van eigen gedrag en helpt gedachten en gedrag te ordenen.

Mijn voorstel was vervolgens ook om als begeleiders toe te werken naar meerdere vaste momenten in het weekprogramma met 'volgend spel'. Bijvoorbeeld na de kamertijd in de middag minstens twee keer per week vijftien minuten in de spelkamer een-op-een met haar spelen. Tijdens het spel krijgt ze de gelegenheid te vertellen, tekenen, schrijven of uit te spelen wat er bij haar speelt (haar innerlijke wereld van ervaringen, gevoelens en gedachten).

In het teamoverleg worden twee begeleiders aangewezen die gaan starten met 'volgend spel'. Ik heb op een A4'tje instructies geformuleerd en coachmomenten afgesproken. Tijdens deze momenten delen begeleiders hun ervaringen. Ik probeer woorden te geven aan wat ze doen, wat Limei doet en stuur zo nodig bij. Wanneer dit loopt, zal het aantal mensen uitgebreid worden, zodat het spel bij iedereen op vaste momenten door kan gaan. Tot op heden wordt hier nog vervolgd aan gegeven.

### 3 Afronding

Het is moeilijk objectief vast te stellen wat de ITGG Limei opgeleverd heeft. Ik ben met de therapie twee jaar onderdeel geweest van haar ontwikkeling. Er is veel bereikt, ze heeft een hele ontwikkeling laten zien, maar is dat allemaal aan de tweewekelijkse ITGG-sessies toe te schrijven? Dat kan ik niet zo stellen. Er zijn in die periode verschillende belangrijke personen betrokken geweest; denk aan haar ouders, begeleiders, leerkrachten en logopedist.

Aan het einde van de therapieperiode laat Limei een duidelijk meer gedifferentieerde stemming zien. Bij aanvang was er bij oplopende stress snel agressie te zien naar haar ouders en begeleiders, in de vorm van schelden, schoppen, slaan en haren trekken. Ze verloor volledig de controle over zichzelf en trok zich terug op haar kamer. Het lukt haar na de therapieperiode bij lichte stress, voordat de spanning te veel oploopt, aan te geven dat ze iets spannend vindt of

niet begrijpt. Haar begeleiders kunnen het ook beter signaleren. Door haar gedrag en emotie te benoemen (spiegelen) en te vragen of ze een vraag heeft, kan ze doorgaans aangeven waar ze mee zit (vaak door tekenen of woorden opschrijven met haar begeleider). Door de wereld met haar te ordenen, kan de stress afgebogen worden en kan ze haar programma vervolgen.

Het agressieve gedrag en de escalaties zijn nog niet helemaal weg. Limei heeft nog te kampen met moeilijke periodes. Vooral als de wereld weer even onbetrouwbaar is, denk bijvoorbeeld aan het vertrek van vertrouwde begeleiders en de Corona-lockdownperiode. Ze verliest dan controle en vertrouwen in haar omgeving. Op die momenten komt oud gedrag terug. Haar ouders en begeleiders kunnen dit nu beter duiden. Hierdoor blijven ze uit handelingsverlegenheid en komen ze snel tot een handlingsplan, gericht op het herstellen van een betrouwbare wereld. Het 'moeilijk verstaanbaar gedrag' wordt verstaan. Door aan te sluiten bij de innerlijke wereld van Limei lukt het om het 'probleemgedrag' tot periodes te beperken. De therapie heeft een duidelijke rol gespeeld bij verschillende gebeurtenissen in die periode. De tweewekelijkse sessies werden een betrouwbare plek om te uiten wat er bij haar speelde. Bij spannende of indrukwekkende gebeurtenissen kon Limei daar, op haar manier, haar verhaal kwijt. De ene keer via fantasiespel, een verhaal of tekening en de andere keer via emotioneel gedrag.

Tijdens de therapieperiode kwam er een duidelijke 'ik-ontwikkeling' op gang. In de fase van individuatie heb ik de nadruk sterk gelegd op het verschil tussen 'ik' en 'jij'. Dit heeft zich sterk doorgezet. In haar dagelijkse taalgebruik nam het gebruik van ik-boodschappen toe. Ze liet duidelijk haar eigen wil zien. Eerst nog met ondersteuning en ondertiteling van de volwassene. Na verloop van tijd werd het minder spannend als iemand iets anders wilde of vond dan zij. Aan het einde van de therapieperiode was er zelfs enige wederkerigheid te zien. Ze kreeg naast besef van haar eigen wil ook oog voor mijn belevingswereld door bijvoorbeeld te vragen wat ik gedaan had tijdens mijn vakantie en daar aandachtig naar te luisteren. Ook kon ze het accepteren als ik eens iets anders wilde dan zij.

Wat ook opviel, was dat ik binnen de ITGG-sessies soms niet door had dat Limei in een 'slechte' periode zat. Zo lagen op een bepaald moment haar kleren op stapeltjes in de speelkamer. Ik zag dat de

kledingkast uit haar kamer was gehaald en dat die in de hal stond, maar had op dat moment niet zo snel een verband gelegd met haar gedrag. Ik maakte nog een opmerking over al die kleding in de speelkamer en vond het knap dat ze, ondanks alle prikkels, onverstoorbaar verder speelde. Ze vertelde dat ze een nieuwe kast kreeg. Ik heb er verder niet naar gevraagd en heb me gericht op het spel in het hier en nu. Dat ging gewoon door. Later begreep ik dat ze in die periode niets op haar slaapkamer verdroeg en haar kledingkast had omgegooid en ingetrapt. Blijkbaar was de ITGG vertrouwd en veilig genoeg om in die moeilijke periode gewoon door te gaan.

Voor mezelf is een aantal punten van belang geweest tijdens deze therapieperiode. In de eerste plaats was supervisie belangrijk. Door beelden van de sessie te bespreken, kon ik nog beter betekenis geven aan het gedrag van Limei en dit plaatsen in een ontwikkelingsfase. Bijvoorbeeld wanneer zij mij bij de hand pakte en meenam: dit was een duidelijke stap in de gehechtheidsfase. Tijdens de supervisie werden dergelijke inzichten aangereikt. Tegelijk kon ik in de supervisie bespreken wanneer en hoe ik de stap naar een volgende fase zou maken. Een tweede punt is het bezoek aan een ITGG-collega binnen een andere zorgorganisatie. Zij had ook een keer een cliënt behandeld met een matig verstandelijke beperking. Ze gaf me het inzicht dat ik het kind niet als 'informatiebron' mocht zien. Dit hielp me om geen verhelderende vragen te stellen en enkel het verhaal van Limei te volgen. Hierdoor voorkwam ik dat ik het gesprek ongemerkt ging sturen of overnam. In dat laatste geval ben ik niet meer volledig afgestemd op haar initiatief. Vooral bij het opbouwen van contact en vertrouwen is dat van groot belang geweest.

Limei was de eerste cliënt aan wie ik ITGG-behandeling geboden heb. Ik ben er heel open en onbevangen ingestapt, met lage verwachtingen. Enerzijds omdat ik zelf nog geen ervaring had als ITGG-therapeut. Ik kon niet voorzien wat de interventies voor effect zouden hebben. Anderzijds wilde ik niet onbewust druk leggen op het proces, dus hield ik mijn doelen laag. De ITGG-therapie heeft Limei, haar ouders en begeleiders veel opgeleverd. Het is een intensief traject geweest met wekelijks twee sessies van een uur. Daarnaast was er om de zes weken supervisie op de Vrije Universiteit in Amsterdam. Kortom, een flinke tijdsinvestering. Ik heb geleerd zonder scenario de therapie sessies in te stappen. Aanvankelijk had ik ideeën over de invulling van de sessies, maar ik merkte dat het altijd anders liep. Hoe

meer ik dat los kon laten, hoe beter ik in contact kwam. Vooral in het begin bleek dat belangrijk, omdat je vanuit dat contact een vertrouwensband wilt opbouwen. Later ben ik bewust gedrag gaan inzetten, bijvoorbeeld door aan te geven dat ik de rode pion wilde wanneer zij mij de blauwe gaf. Dit deed ik om haar te helpen om met woorden stress te reguleren.

#### 4 Terugkoppeling aan verwanten van de cliënt

Ik heb regelmatig gesprekken gevoerd met de ouders van Limei over de voortgang van de therapie. Tijdens deze gesprekken werden videobeelden van sessies getoond. In de videobeelden viel het haar ouders op hoe ontspannen Limei tot spel kwam en hoe vrij ze in contact was. Haar ouders gaven doorgaans nog meer betekenis aan haar gedrag tijdens de sessies dan wat mij opviel. Ook konden zij beter verstaan wat ze allemaal vertelde en konden ze dit plaatsen in de context, in gebeurtenissen op school of in de familie. Voor haar ouders was er een duidelijk verband tussen haar meer gewenst gedrag, haar adequate stemming en de start van de therapie.

Tijdens het eerste overleg vroeg haar moeder of ik niet bang was dat Limei me zou slaan. Daar had ik niet over nagedacht en ik had tot op dat moment geen dreiging gevoeld. Ik begreep op dat moment dat Limei haar moeder in die periode geregeld sloeg of aanviel. Ik heb op dat moment gesproken met haar ouders over mijn 'volgende' houding. Ik wil niets van haar, ik volg haar initiatief en als ze niet verder wilde, stopte ik. Dat gaf hen inzicht over hun bezoeken bij Limei. Doorgaans hadden ze een plan. Ze kwamen haar halen, gingen iets doen, brachten haar terug en namen even later afscheid. Limei gaf tijdens deze bezoeken geregeld signalen om het bezoek af te ronden. Waarop haar ouders goedbedoeld probeerden duidelijk te maken wat ze met elkaar gingen doen en probeerden de sfeer goed te houden. Kortom, nog even rekken. Dit leidde vaak tot spanning, waarna Limei boos werd. Na de therapieperiode zijn haar ouders meer ontspannen met de bezoeken omgegaan. Niet te veel willen en gehoor geven aan de signalen van Limei. Ze maakten duidelijk dat ze haar verstonden en dat het goed was als ze bijvoorbeeld terug naar de groep gingen of als zij naar haar kamer ging. Hiermee werden veel minder eisen gesteld aan Limei en nam de onrust tijdens de bezoeken af.

## 5 Wie is de therapeut(e)?

### Henri Koelewijn

Ik ben orthopedagoog-generalist en werkzaam als gedragsdeskundige binnen Amerpoort, een zorgorganisatie voor mensen met een verstandelijke beperking.

Ik ben betrokken bij zes woongroepen van locaties Christophorus en Nieuwenoord, voornamelijk met jongeren en jongvolwassenen met een ernstig tot matig verstandelijke beperking en moeilijk verstaanbaar gedrag. Als gedragsdeskundige ben ik als behandelaar eindverantwoordelijk voor de geboden behandeling. Ik probeer in multidisciplinaire samenwerking te komen tot een individueel passend behandelplan. Er wordt niet gewerkt met standaardplannen. Voor elk kind wordt er gezocht naar wat aansluit op zijn of haar behoeften en ontwikkeling. De focus van de behandeling en het toekomstperspectief ligt vooral op de gezonde ontwikkeling en het leven zo normaal mogelijk inrichten. Daarmee bedoel ik dat we de persoon zo ondersteunen dat hij/zij naar school of werk kan, vrije tijd kan invullen, kan deelnemen aan het maatschappelijk leven en sociale contacten kan onderhouden. De focus ligt in eerste instantie dus niet op het verminderen van het 'probleemgedrag', maar op het verrijken van het leven. Doorgaans is het effect dat 'probleemgedrag' hierdoor naar de achtergrond verdwijnt. Soms is er iets extra nodig in de vorm van therapie om blokkades in de ontwikkeling weg te nemen of een plek te geven. Naast mijn functie als gedragsdeskundige ben ik nu werkzaam als ITGG-therapeut voor het Centrum voor Diagnostiek en Behandeling (CDB) van Amerpoort. Ik werd voor bovenstaande casus benaderd door de betrokken AVG-arts. Zij was met het CCE tot de conclusie gekomen dat ITGG-behandeling zinvol zou zijn voor Limei, omdat deze passend zou zijn bij haar verstoorde gehechtheid.

# 7 Verschillende casusvoorbeelden

Hieronder volgt een meer algemene beschouwing van Wendy Engelbertink op haar ITGG-ervaringen, aangevuld met een aantal korte casusfragmenten. Deze casusfragmenten hebben betrekking op verschillende cliënten.

*Wendy Engelbertink*

## 1 Introductie

### 1.1 Aanmelding en diagnostiek

Een vraag die veel behandelaren hebben, is: Hoe verloopt een ITGG-traject binnen een organisatie die zorg en ondersteuning biedt aan mensen met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking? Met de volgende tekst wil ik, aan de hand van voorbeelden en eigen behandelervaringen, meer inzicht geven in het verloop binnen een organisatie.

In eerste instantie zijn de aanmeldingen voor ITGG vooral uit de eigen caseload gekomen. Dat heeft te maken met de gerichtheid van de behandelaar op gehechtheid. Daarnaast wordt ook gekeken wie, rekening houdend met de eigen caseload, voor de ITGG-therapie in aanmerking komt. De blik op gehechtheid bij collega-gedragswetenschappers in de organisatie is gaandeweg breder geworden. Dit heeft investeringen gevraagd:

1. Studiedagen die binnen de hele organisatie voor gedragsdeskundigen en begeleiders georganiseerd werden over gehechtheid en diagnostiek rond gehechtheidsproblematiek.
2. Intervisiebijeenkomsten voor gedragsdeskundigen over gehechtheid en het delen van casuïstiek met gehechtheidsproblematiek.
3. Terugkoppeling aan begeleiders en managers van de eerste ITGG-behandeltrajecten die alle met succes zijn afgerond en het belang van het effect op lange termijn (minder stress bij het personeel, financiële voordelen omdat een-op-een begeleiding niet meer nodig was).
4. Daarnaast is er vanuit de vakgroep gedragsdeskundigen een werkgroep ontstaan gericht op het thema gehechtheid. Deze werkgroep bestaat uit gedragsdeskundigen die verbindingen leggen met de opleidingsmedewerker van de organisatie, teamleiders en

managers die zich richten op het ontwikkelen van scholing omtrent hulp bij diagnostiek en behandeling rond gehechtheid.

De aanmelding voor ITGG gebeurt door de betrokken gedragskundige bij een hiervoor geschoolde ITGG-therapeut. Dit gebeurt door middel van een korte beschrijving van de cliënt, problematiek, diagnostiek en de therapeutische vraagstelling. Wanneer de diagnostiek nog niet compleet is, wordt verdere diagnostiek gedaan door de gedragsdeskundigen van de werkgroep 'gehechtheid'. Het is belangrijk dat er een ontwikkelingsanamnese wordt gedaan rond de mogelijke oorzaken van de problematiek. Differentiaaldiagnostiek tussen gehechtheidsproblematiek en autisme of andere stoornissen wordt op voorhand zorgvuldig uitgewerkt. Hierbij wordt het protocol (Dekkers-Van der Sande & Janssen, 2010; Giltaij et al., 2016; Giltaij, 2017) van diagnostiek van gehechtheidsproblemen zo veel mogelijk gevolgd. Wanneer de diagnostiek volledig is, wordt er gekeken naar de zorgindicatie van de cliënt. Een cliënt heeft een hogere zorgindicatie wanneer ernstige gedragsproblemen aanwezig zijn. Dit wordt aangeduid met een score '3' op het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP), wat wijst op een zeer ernstige problematiek. Daarnaast worden de contra-indicaties voor de therapie bij de cliënt en bij zijn/haar omgeving onderzocht. Wanneer in het team van begeleiders bijvoorbeeld een sensitief responsieve begeleidingsstijl ontbreekt of als het team instabiel is qua formatie en verloop van medewerkers, kan de therapie niet starten. Er wordt dan wel gekeken naar andere mogelijkheden: wat heeft het team nodig om op het gewenste niveau van sensitief responsief begeleiden te komen om de therapie te kunnen bieden en/of wat kan worden gedaan om te zorgen voor een vaste groep medewerkers? Wanneer dit gerealiseerd is, kan met ITGG-behandeling worden gestart.

## 1.2 Voorbereiding ITGG

De therapie wordt binnen onze zorgorganisatie gegeven op de locatie zelf, in het kader van psychotherapeutische behandeling. Zowel wonende als ambulante cliënten komen in aanmerking voor ITGG. In de praktijk wordt de therapie meestal geboden aan mensen met een verstandelijke beperking die niet meer thuis wonen. De locatie waar de therapie geboden wordt, kan zowel op een woon-, als op een dagbestedingslocatie zijn. Een combinatie kan ook. De voorwaarde is wel dat er een ruimte beschikbaar is die op dat moment niet door anderen gebruikt hoeft te worden en die indien mogelijk enigszins

sfeervol is ingericht. In de afgeronde therapieën is gebruik gemaakt van een spelkamer, een kantoor, een rustruimte en een eigen woonkamer. Het is van belang dat de therapieruimte, op het moment dat de ITGG-therapie wordt aangeboden, exclusief door de cliënt en de therapeut gebruikt kan worden zodat er echt tijd en ruimte is om het contact te creëren; contact te initiëren, een vertrouwensrelatie aan te gaan en op te bouwen, op elkaar te focussen en (samen) met materialen bezig te kunnen zijn. De kamer moet de mogelijkheid bieden om gericht te zijn op elkaar. In gesprek met de begeleider, de gedragswetenschapper van de cliënt en mogelijk ook met de cliënt zelf wordt gekeken hoe de cliënt contact kan maken, met welk spelmateriaal hij/zij speelt of hanteert en welke andere manieren van contact maken er zijn. Wel is de ruimte in principe toegankelijk voor iedereen, zoals voor begeleiders die even mee zouden willen meekijken bijvoorbeeld.

## 2 ITGG-therapie

### 2.1 Fase 1 Gehechtheidstherapie

#### *Fase 1.1 Bonding - contact maken*

De start van een therapietraject is spannend. Het is belangrijk om zich na de aanmelding en intake een uitgebreid beeld te vormen van de cliënt. Tijdens de ITGG-therapie is het van belang aandacht te besteden aan het ontwikkelen van een ritueel dat passend is bij de cliënt en aan het maken van contact. Bij het maken van contact probeer je het gedrag en de emoties (innerlijke wereld) van de cliënt zoveel mogelijk te spiegelen door dezelfde houding als de cliënt aan te nemen, door dezelfde gebaren te maken, door woorden te herhalen (of geluid indien de cliënt niet kan spreken) en door mogelijke emoties te benoemen. Door video-opnames te maken van therapie-sessies kan er teruggekeken worden naar de contactmomenten en hoe deze zijn verlopen. Het voordeel van video-opnames is dat groei in de contactmomenten alsook plezier waargenomen kunnen worden.

**Casus Megan:** Bij Megan, een cliënt met een matig verstandelijke beperking, hebben we in de eerste fase van de therapie vooral veel gewandeld. Voor haar was dat een belangrijke manier om met de stress die ze ervaarde in het contact met een andere persoon om te kunnen gaan. Ook op de woongroep



was dit een belangrijke interventie om stress te verlagen. Tijdens het wandelen konden we dicht bij elkaar lopen, arm in arm en zodoende kon ze de nabijheid beter verdragen. Ook was het wandelen een fijne manier om te spiegelen: in hetzelfde ritme lopen en het veelvuldig herhalen van haar woorden. Gaandeweg werden de wandelingen korter en de tijd in de therapieruimte langer.

Het is soms best een uitdaging om in de eerste fase aan te sluiten bij de cliënt. De kunst is om je eigen ideeën los te laten, door dat wat ontstaat te laten gebeuren. Vervolgens kun je verder zoeken naar mogelijkheden om het contact op te bouwen en uit te breiden, waarbij je je volgend en spiegelend opstelt. Door de videobeelden terug te kijken en hierop te reflecteren, kan de interventie verfijnd worden en op maat van de cliënt worden gemaakt, zonder van het behandelprotocol af te wijken.

Belang van reflectie: ‘Wat ik als lastig ervoer, is als een cliënt zich herhaaldelijk blijft terugtrekken uit het contact. De mogelijkheden tot contact worden dan kleiner en dat kan gevoelens van machteloosheid opwekken bij mij als behandelaar. Reflectie en supervisie hebben mij geholpen om het gedrag van de cliënt in het juiste kader te plaatsen en erop te anticiperen. Samen met iemand kijken naar de ‘Cirkel van Veiligheid’ en het gedrag van de cliënt hierbinnen proberen te herkennen, helpt om een antwoord te vinden op het gedrag en de behoefte die onder het gedrag ligt.’

### *Fase 1.2 Symbiose*

In de fase van symbiose is het bijzonder om samenspel te ervaren en samen plezier te beleven. In deze fase is *in-tune out-of-tune* heel belangrijk. Dit vraagt een hele hoge mate van sensitiviteit en responsiviteit van de behandelaar.

Ervaring: ‘Ik heb telkens ervaren dat de fase van symbiose relatief kort duurt in vergelijking met de andere fases van de therapie. Het samen bewegen en het *in-tune out-of-tune* zijn, is naar mijn idee een enorm krachtige interventie die op een diepe laag in het bewustzijn werkzaam is. Zonder woorden, maar op basis van ervaren, voelen en samen zijn, wordt het kleinste signaal van de cliënt omgezet in het ervaren van invloed. Het functionele

moment van stress en het ervaren van de veilige haven in de vorm van het antwoord van de therapeut zorgt voor een enorme boost aan ontspanning en plezier in dat moment.’

**Casus Joliet:** Met Joliet zaten we rond de Kerstperiode in deze fase van de therapie. Hele sessies hebben we zitten wiegen op kerstliederen. Ik ervoer een mooi samenspel en dit vond ik passen bij de tijd van het jaar: zoeken en vinden van verbinding. Ik was oprecht blij voor haar dat ze ook in die tijd weer verbinding vond met haar ouders en op eigen initiatief naar huis wilde met Kerst. Door het vertonen van probleemgedrag was het naar huisgaan al een lange tijd geen optie meer. Het was enerzijds spannend voor haar om naar huis te gaan en anderzijds ook plezierig om weer thuis te kunnen zijn. De bezoeken aan haar ouders, inclusief logeren, zijn daarna op een positieve manier voortgezet.

### *Fase 1.3 Stimulatie tot individuatie*

Tijdens de fase van individuatie kunnen leuke en bijzondere variaties van activiteiten worden ingezet. Dit is afhankelijk van de voorkeuren en mogelijkheden van de cliënt zelf.

**Casus Joliet:** Joliet wilde graag kleuren, dansen, muziek maken, memory en domino spelen en meedoen met ‘Nederland in beweging’. Ik vond het fijn om te zien dat de interesse voor verschillende activiteiten zich meer ontwikkelde. Ik zag daarnaast een ontwikkeling van ‘samen doen’ naar ‘alleen willen doen’ in de therapiesessies. Ik heb wel eens gevoelens ervaren van: ‘Wat doe ik hier? Ik ben niet meer nodig’. Dat is niet helemaal waar: ook al deed ik niets, het samenzijn in de ruimte, de ongerichte aandacht en het beschikbaar blijven, stimuleerden wel degelijk het gevoel van veiligheid in exploreren en in het zoeken van de veilige haven. Ik heb dat signaal overigens ook geïnterpreteerd als een signaal dat het einde van de therapie nadert, dat je kan beginnen met denken aan overdragen en generaliseren.

In deze fase ga je ook beginnen met het verbreken en het herenigen van contact: kijken en ervaren hoe een korte separatie verloopt en hoe het herstellen van het contact gebeurt. Soms is dit ingegeven door de situatie, soms ook doelbewust.

**Casus Martin:** Zo zette ik bewust maar één stoel in de therapieruimte, waardoor ik even naar buiten moest om een stoel te gaan halen. Op de gemaakte video-opnames was te zien dat Martin dan verder ging met de activiteit waar hij mee bezig was en hij ook het contact herstelde met de therapeut, waarna het samen spelen weer kon beginnen. Dit zijn echte succesmomenten, voor de cliënt en ook voor mij als therapeut.

## 2.2 Fase 2 Gedragstherapie

In deze fase gaat het om het aanleren van gewenst gedrag in plaats van ongewenst gedrag. Dat wil zeggen dat er nog bepaalde ongewenste gedragingen voorkomen op voor de cliënt spannende momenten. Door goed in kaart te brengen wanneer dit gebeurt, kan een behandeling met positieve versterking worden ingezet om nieuw gewenst gedrag aan te leren. De therapeut kan als veilig en vertrouwd persoon helpen met het reguleren van de stress (co-regulatie), waardoor er ruimte is voor het leren van nieuw gedrag bij de cliënt. Dit kan echter ook een spannende fase zijn.

**Casus Meltem:** Om aan te sluiten bij situaties waar ongewenst gedrag zich nog voordoet, is het nodig om deze situaties ook binnen de therapie te creëren. De therapeut kan bewust spanningsvolle situaties creëren die het ongewenste gedrag oproepen. Zo was het voor Meltem lastig om te doseren in stemvolume. Hierop werd zij vaak aangesproken: 'Je hoeft niet zo te schreeuwen', 'Ik versta je wel'; of wanneer zij wilde knuffelen: 'Kan het wat zachter?'. Dit veroorzaakte dan weer spanning bij Meltem. In de therapie zijn we gaan oefenen met het gooien van ballen: hard gooien, zacht gooien; gericht gooien door binnen bepaalde lijnen te blijven of een punt op de muur proberen te raken. Dit veroorzaakte ook het nodige lawaai. Een collega kwam even de ruimte binnen om te zeggen dat ze er last van had. Dat bracht de nodige spanning teweeg bij Meltem, maar door te benoemen wat ik zag dat bij haar ontstond en wat

haar emotionele reactie was, was er ruimte en opluchting: ‘Je schrikt ervan hè, dat zij er last van heeft?’ Meltem kon het beamen en dat maakte dat zij zich gezien en gehoord voelde bij de spanning die zij voelde. We hebben samen naar een oplossing kunnen zoeken: vóóraf even aankondigen dat we lawaai gaan maken voor ongeveer tien minuten.

Belang van supervisie: ‘Ik zat er als therapeut erg mee in mijn maag dat ik iets dat voor de cliënt spannend is met haar diende te gaan doen. Het voelde als het uitlokken van bepaald gedrag, terwijl het doel van de gehele therapie er juist op gericht is om storend gedrag te reduceren. Kan dit dan niet de net ontstane gehechtheidsrelatie belemmeren? In de supervisie is dit uitvoerig aan bod geweest en besproken, waarbij ik mijn gevoel ook uit heb kunnen spreken. Het belangrijkste dat ik hieruit heb meegenomen, is dat je inderdaad bewust een spanningsvol moment opzoekt om het gedrag af te leren, als er maar een stabiele basis van een veilige gehechtheid met de therapeut is. De opgebouwde gehechtheidsrelatie kan dit aan. De cliënt weet waar de veilige haven is en deze blijft ook beschikbaar. Het was voor mij een eyeopener om te ervaren dat alle elementen in de ‘Cirkel van Veiligheid’ nodig zijn om een veilige gehechtheid te ontwikkelen. Het stressmoment is dus ook van groot belang om te ervaren voor de cliënt: de veilige haven is er, vormt een buffer en de cliënt kan hier steeds naar terugkeren in tijden van stress. Dat heeft mij echt geholpen in het opzoeken van het stressmoment voor de cliënt, omdat je uiteindelijk de cliënt helpt om met stress om te gaan en hem of haar een alternatief gedrag leert vinden voor de ongewenste gedraging(en).

Het is belangrijk om een goede gedragsanalyse te maken om zorgvuldig te bedenken welke alternatieve gedragingen in de praktijk haalbaar en wenselijk zijn. Het is daarom belangrijk om dit met de gedragsdeskundige van de woning, de begeleiders en de verwanten te bespreken.

### 3 Afronding

Cliënten die ITGG-therapie hebben gehad, hebben allen een sterke persoonlijke ontwikkeling doorgemaakt. Dit resulteerde in meer regie, een grotere variatie aan plezierige activiteiten en het beter kunnen reguleren van de emoties in vergelijking met de periode vóór de behandeling. Begeleiders hebben meer kennis gekregen over emotieregulatie en zien beter wat de prioriteit is in een situatie die mogelijk kan escaleren. Aanvankelijk lag die prioriteit nog bij het afleren van gedrag. Naarmate begeleiders hierover meer kennis krijgen én ervaringen opdoen die positief zijn, komt de prioriteit meer te liggen bij het reguleren van emoties en het ondersteunen in nieuw aangeleerd gedrag. Begeleiders kunnen ondersteuning gebruiken in het maken van het onderscheid tussen emotieregulatie en 'gewoon opvoeding'. Regels, grenzen en kaders blijven belangrijk. Je kunt deze gewoon handhaven op een rustige en duidelijke manier. Wanneer de emoties bij een cliënt echter hoog oplopen, is het reguleren hiervan belangrijk, om vervolgens in alle rust de regels, grenzen en kaders te blijven bieden. Daarnaast hebben begeleiders ook emoties die gereguleerd horen te worden. Bij de ene begeleider lukt dit al beter dan bij de andere, maar het helpt begeleiders vaak wel wanneer je als behandelaar/behandelcoördinator kunt ondersteunen bij deze emotieregulatie. Het bieden van psycho-educatie kan ondersteunend en helpend zijn.

**Casus Joliet:** Joliet werd betrapt op de woongroep terwijl ze een volle pot pindakaas zat uit te lepelen. Uiteraard begon de begeleidster die dienst had de grenzen en kaders aan te geven: 'Hé, wat doe je daar?! Dat mag niet!!!' De reactie van de begeleidster kwam voort uit de verontwaardiging van wat ze daar zag gebeuren, maar werd als heftig ervaren door Joliet. Joliet begon te huilen en wist niet meer wat ze moest doen. Ze raakte in paniek. De begeleidster zag wat haar reactie met Joliet deed en wist inmiddels dat het scherp stellen van grenzen en kaders op dat moment averechts werkte. Nu moest er eerst gereguleerd worden: de schrikreactie en emoties benoemen, zelf rustig blijven en tijd nemen om samen weer rustig te worden. Toen Joliet weer rustig was geworden, kon de begeleidster in alle rust opnieuw de grenzen en kaders aangeven. In situaties waarin een cliënt ongewenst gedrag laat zien, kan soms het

doel van de interventie zijn om pijlsnel switchen naar éérsrt reguleren, daarna het stellen van grenzen, en dan een alternatieve oplossing voorstellen/overleggen.

## 4 Terugkoppeling aan verwanten van de cliënt

Niet alleen terugkoppeling vanuit de therapie naar begeleiders en verwanten van de cliënt is belangrijk. Ook het reflecteren over hoe de behandeling is verlopen, is essentieel. Dit is belangrijk voor vervolgtrajecten.

Ervaring uit de praktijk: ‘Ik heb heel vaak positieve feedback ontvangen van begeleiders en ouders. Dit was zo mooi. Zo nam een begeleider afscheid van de woongroep om haar ambities verder vorm te geven, en gaf ze me nog terug dat ze zoveel had gehad aan wat ik hen had verteld over het reguleren van emoties en het bevorderen van passender gedrag. Ze paste het vaak toe op het werk en ook bij haar eigen kinderen. Daar krijg ik echt energie van! Van ouders kwam het grote compliment: “We zijn zo blij dat onze dochter weer naar huis wil en dat het thuis ook weer gezellig is”’

## 5 Wie is de therapeut(e)?

Wendy Engelbertink

Ik ben GZ-psycholoog en ITGG-therapeut bij De Twentse Zorgcentra. In 2005 ben ik afgestudeerd als orthopedagoog aan de Vrije Universiteit in Amsterdam, waar het onderzoeksprogramma op dat moment gericht was op gehechtheid. Met mijn afstudeerscriptie heb ik een deelonderzoek gedaan naar het effect van ITGG op de mate van nabijheid en contact zoeken en de mate van stress bij jongeren met een visuele- en ernstige verstandelijke beperking en verstoorde gehechtheid. In 2019 heb ik de opleiding tot GZ-psycholoog afgerond. Binnen de Twentse Zorgcentra ben ik in het bijzonder bezig met het thema ‘gehechtheid’.

**Tot slot**





## Tot slot

Voor alle kinderen geldt dat een veilige band met hun ouders de beste basis is voor een gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling. Dit geldt uiteraard ook voor kinderen en volwassenen met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking. Als een kind of volwassene met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking zich veilig voelt, kan deze zich positief ontwikkelen vanuit de eigen mogelijkheden en leert het zijn eigen emoties te reguleren. Echter, niet alle mensen met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking hebben een veilige gehechtheidsrelatie met een gehechtheidsfiguur ervaren. Gevolg hiervan is dat er sprake kan zijn van ernstige gedragsproblemen en zelfverwondend gedrag. Voor deze personen is de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) ontwikkeld. De gehechtheidstherapeut zal voor het eerst of opnieuw een gehechtheidsrelatie aangaan met het kind of de volwassene met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking. Door de gehechtheidsrelatie leert de persoon om stress te reguleren en te verminderen; gedragsproblemen en zelfverwondend gedrag kunnen verdwijnen. Daarna is er een fase van generalisatie waarin er aandacht is voor adequate sensitieve en responsieve bejegening door de dagelijks betrokken verzorgende personen (ouders, zorg- en activiteitenbegeleiders).

In dit boek beschreven we in deel 1 de interventiedoelen en subdoelen. Ook gaven we meer informatie over de interventie. We verwezen naar publicaties en beschreven werkzame elementen van de behandeling. Deze tekst hebben we ook aangeboden bij het Nederlandse Jeugd Instituut (NJI) voor herregistratie van de interventie binnen de databank van de NJI.

In deel 2 werden praktijkvoorbeelden gegeven door zeven behandelaren die de ITGG in de praktijk aanbieden. Met deze voorbeelden krijgt de lezer inzicht in verschillende behandelingen. De behandelingen die werden beschreven gaan over:

1. Een jongvolwassen vrouw met een visuele, motorische en ernstig verstandelijke beperking.
2. Een jongen van negen jaar met een ernstige verstandelijke en meervoudige beperking.
3. Een vrouw, blind en met een ernstige motorische en verstandelijke beperking.
4. Een volwassen man met een ernstige verstandelijke beperking, epilepsie en problemen in de prikkelverwerking.
5. Een vijftienjarig meisje met een matig verstandelijke beperking.
6. Een meisje van elf jaar met een matig verstandelijke beperking.

Daarna zijn er in het laatste hoofdstuk diverse casussen besproken. De lezer krijgt hierdoor een ‘inkijk’ in de verschillende behandelprocessen.

# Begrippenlijst

**ABC-analyse:** ABC staat voor *Antecedent Behaviour Consequences*. Dit is een functie-analyse om inzicht te krijgen in moeilijk verstaanbaar gedrag van een persoon.

**Activity Centre:** dit is een wandspeelbord bestaande uit losse borden met verschillende speelfuncties die behendigheid, fijne motoriek en oog-hand coördinatie stimuleren.

**Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE):** een partnerorganisatie voor zorgprofessionals als het gaat om expertise over ernstig probleemgedrag bij mensen die langdurig professionele zorg en ondersteuning nodig hebben.

**Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP):** een protocol waarin beschreven wordt hoe probleemgedrag van cliënten binnen de zorg voor mensen met een beperking beoordeeld kan worden.

**Co-regulatie:** sommige cliënten met een verstandelijke beperking kunnen hun emoties nog niet (helemaal) zelf reguleren. Zij zijn afhankelijk van hun ouder/begeleider om te 'co-reguleren'. Dit betekent dat de ouder/begeleider de emoties voor de cliënt reguleert/ in goede banen leidt zodat de cliënt hierdoor leert hoe hij/zij rustiger kan worden en een situatie adequater kan hanteren.

**Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED):** een stoornis in de gehechtheidsontwikkeling, waarbij het kind onbekende volwassenen benadert zonder terughoudendheid.

**Gedeelde aandacht (Engels: joint attention):** dit is een voorloper van mentaliseren. De cliënt en de belangrijke ander (ouder/therapeut) zijn samen gericht op een derde object. De cliënt leert dat als de therapeut met de vinger wijst, het niet om de vinger gaat, maar om wat aangewezen wordt, bijvoorbeeld een dier in de kinderboerderij. Dit helpt de cliënt om meerdere perspectieven te gaan zien, zowel van zichzelf als van de ander.

**In-tune out-of-tune:** dit betekent dat de therapeut even stopt met een bepaalde actie (bijvoorbeeld zingen, voorlezen) en de reactie van de cliënt afwacht alvorens de actie te hervatten. De reactie van de cliënt kan een klein signaal zijn zoals een blik, een geluid, het zoeken van oogcontact of een aanraking. Op die manier wordt geprobeerd om de initiatiefname, de regie en de contactlegging bij de cliënt te versterken.

**Modeling:** leermethode waarbij gewenst gedrag van een ander nagebootst wordt om het zich daarmee eigen te maken.

**Reactive Attachment Disorder (RAD):** een stoornis in de gehechtheidsontwikkeling, waarbij het kind geen troost zal zoeken tijdens stress en niet of zelden reageert op de troost die wordt aangeboden.

**Symbiose:** dit heeft betrekking op het verbreken en het vervolgens kunnen herstellen van het contact van de cliënt met de therapeut. Wanneer de cliënt het contact met de therapeut verbroken heeft (door bijvoorbeeld de therapeut weg te duwen), kan de cliënt meer initiatieven nemen om het contact met de therapeut te herstellen. De cliënt kan dit doen door weer toenadering met de therapeut te zoeken. De therapeut reageert daar vervolgens positief op, wat extra bekrachtiging en acceptatie biedt.

# Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5de editie). American Psychiatric Publishing.
- Arentz, G.M.H.J., Sterkenburg, P.S., & Stolk, J. (2008). 'Care for people with an intellectual disability who also have a visual impairment: a train the trainers programme'. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (August), 766.
- Bakker-Van Zeil, T. (1986). *Hechten en loslaten in therapie*. Scriptie in het kader van de technisch-theoretische cursus experimentele psychotherapie. Bodegraven.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bartiméus magazine 2 (2004). *Stressregulering door gehechtheidsrelaties. Wetenschappelijk onderzoek naar de psychotherapeutische behandeling van jongeren met een visuele en verstandelijke beperking*. [http://www.bartimeus.nl/flexpage/flexpage\\_new.asp?id=60094#boven](http://www.bartimeus.nl/flexpage/flexpage_new.asp?id=60094#boven)
- Boris, N.W., & Zeanah, C.H. (2005). 'Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood.' *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1206-1219.
- Bowlby, J. (1984). *Attachment and Loss: Volume 1: Attachment*. London: Penguin Books.
- Damen, S., & Worm, M. (2013). *Congenital Deaf blindness: Supporting children and adults who have visual and hearing disabilities since birth or shortly afterwards*. Zeist: Bartiméus.
- De Belie, E., & Van Hove, G. (2005). *Ouderschap onder druk. Ouders en hun kind met een verstandelijke beperking*. Antwerpen: Garant.
- De Belie, E. & Morisse, F. (Red., 2007). *Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- De Geeter, K., & Munsterman, K. (2017). *Zo werkt Vijf Olifanten*. Opgevraagd op 10 februari 2019 van <http://www.vijfolifanten.nl/zo-werkt-vijf-olifanten>
- 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: Lemma.

- Dekker-Van der Sande, F. & Sterkenburg, P.S. (2015). *Mentaliseren kan je leren: Introductie in Mentaliseren Bevorderende Begeleiding (MBB)*. Doorn: Bartiméus Reeks.
- De Schipper, J.C., Sterkenburg, P., Giltaj, H., Schuengel, C. & Oosterman, M. (2017). 'Diagnostiek van verstoorde gehechtheid'. In: Bosmans, G., Claes, L., Bijttebier, P. & Noens, I. (Eds.), *Diagnostiek bij kinderen, jongeren en gezinnen, deel IV: Specifieke klachten onder de loep* (pp. 257-276). Leuven: Acco.
- De Schipper, J.C., Stolk, J., & Schuengel, C. (2006). 'Professional caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behavior problems'. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 203-216.
- De Wolff, M., Dekker-Van der Sande, F., Sterkenburg, P.S., & Thoomes-Vreugdenhill, A. (2014). *Richtlijn Problematische Gehechtheid*. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/>
- Došen, A. (1990). *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen: een ontwikkelingsdynamische benadering*. Amsterdam: Boom.
- Došen, A. & Day, K. (2001). *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. London: American Psychiatric Press.
- 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.
- Dyzel, V., Dekkers-Verbon, P., Toeters, M., & Sterkenburg, P.S. (submitted). *The efficacy of the use of an interactive technology-based playmat to promote sensitive caregiving for and happiness of children with a visual or visual-and-intellectual impairment: a multiple within-series single-case study*.
- Egan, D.F. (1979). 'The early development of visually handicapped children'. In: Smith V. & Keen J. (red.), *Visual handicap in children* (pp. 137-144). London: William Heinemann Medical Books.
- Ellis, A. (1991). 'The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET)'. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172.
- Fisher, P.A., Ellis, B.H., & Chamberlain, P. (1999). 'Early intervention foster care: A model for preventing risk in young children who have been maltreated'. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 2, 159-182.

- Gardner, F., Leijten, P., Melendez-Torres, G.J., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Beecham, J., Hutchings, J., & Scott, S. (2018). 'The Earlier the Better? Individual Participant Data and Traditional Meta-analysis of Age Effects of Parenting Interventions'. *Child Development*, 90(1), 7-19.
- Giltaij, H.P. (2017). *Diagnostic Assessment of Attachment Related Disorders in Children with Intellectual Disability*. (Promotor: prof. dr. C. Schuengel; co-promotor: dr. P.S. Sterkenburg.) Doorn: Bartiméus Reeks.
- Giltaij, H., Sterkenburg, P., & Schuengel, C. (2016). 'Gehechtheidsstoornissen' (pp. 127-144). In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Eds.), *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Giltaij, H.P., Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2016). 'Adaptive behaviour, comorbid psychiatric symptoms, and attachment disorders'. *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities*, 10(1), 82-91.
- Giltaij, H.P., Sterkenburg, P.S., & Schuengel C. (2017). 'Clinical diagnosis of disordered attachment behavior: Convergence of observations, interviews, and case records'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1-17.
- Gringhuis, D., Moonen, J. & Van Woudenberg, P. (1996). *Kinderen die slecht zien: ontwikkeling, opvoeding, onderwijs en hulpverlening*. Houten: Van Loghum.
- Gunther, F. (2004). *Diagnostiek en behandeling van mensen met een visuele en verstandelijke beperking*. Doorn: Bartiméus.
- Hoffman, N., Sterkenburg, P.S., & Van Rensburg, E. (2017). 'The effect of technology assisted therapy for intellectually and visually impaired adults suffering from separation anxiety: Conquering the fear'. *Assistive Technology*, 31(2):98-105.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002a). 'Gedragsproblemen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking, gehechtheidsproblemen en psychologische stress. Een verklaringsmodel met implicaties voor onderzoek en praktijk'. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 1, 3-20.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002b). 'Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model'. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6).

- Jonker, D., Sterkenburg, P.S., & Van Rensburg, E. (2015). 'Caregiver-mediated therapy for an adult with visual and intellectual impairment suffering from separation anxiety'. *Research in Developmental Disabilities*, 47(12), 1-13. 10.1016/j.ridd.2015.08.005.
- Juffer, F. (1993). 'Kinderen, ouders en primaire gehechtheid'. *Gezin*, 5(4): 226-240.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2017). 'Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting'. *Current Opinion in Psychology*, 15, 189-194.
- 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.
- Kraijer, D.W., & Kema, G.N. (1994). *SGZ, Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen: Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kraijer, D.W., & Plas, J.J. (2014). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid: classificatie, test- en schaalgebruik*. Amsterdam, Nederland: Pearson.
- 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.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). 'The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads'. *Attachment and Human Development*, 4, 107-124.
- Platje, E., Sterkenburg, P., Overbeek, M., Kef, S., & Schuengel, C. (2018). 'The efficacy of VIPP-V parenting training for parents of young children with a visual or visual-and-intellectual disability: a randomized controlled trial'. *Attachment and Human Development*, 20 (5), 455-472.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, R. (2016). *De cirkel van veiligheid-interventie: het bevorderen van gehechtheid in ouder-kindrelaties* (Druk 1). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Schuengel, C., de Schipper, C. & Sterkenburg, P. (2003). 'Hechtingsstoornissen en verstoorde gehechtheid'. (VI 8.1:p.1-24). In: S. Colijn, E.C.A. Collumbien, G. Lietaer & R.W. Trijsburg (Eds.), *Handboek Integratieve Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.



- 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. & Janssen, C.G.C. (2011). 'Deep heart stimulation': psychotherapie bij 'moeilijke' cliënten met verstoord 'sociaal engagement' (pp. 74-87). In: Zevalkink, J. & Sterkenburg, P. (Red.). *Voor de verandering. Een psychodynamische kijk op verandering*. Assen: Van Gorcum.
- 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.
- Scott, S., & Dadds, M.R. (2009). 'Practitioner Review: When parent training doesn't work: theory-driven clinical strategies'. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1441-1450.
- Steele, M., Steele, H., Bate, J., Knafo, H., Kinsey, M., Bonuck, K., Meisner, P., & Murphy, A. (2014). 'Looking from the outside in: the use of video in attachment-based interventions'. *Attachment and Human Development*, 16(4), 402-415.
- Sterkenburg, P.S. (2008). *Intervening in Stress, Attachment and Challenging Behaviour: Effects in Children with Multiple Disabilities*. (Promotor: prof. dr. C. Schuengel; co-promotor: dr. C. G. C. Janssen.) Doorn: Bartiméus Reeks.
- Sterkenburg, P.S. (2011). *Vertrouwensrelatie voor ontwikkeling: een werkboek voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met kinderen en volwassenen met een ernstig verstandelijke of een meervoudige beperking*. Doorn: Bartiméus Reeks.
- Sterkenburg, P.S. (2013). *Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) - Effectieve jeugdinterventies*. NJI. [https://www.nji.nl/nl/Databank/Integratieve-Therapie-voor-Gehechtheid-en-Gedrag-\(ITGG\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Integratieve-Therapie-voor-Gehechtheid-en-Gedrag-(ITGG)).
- Sterkenburg, P.S. (2019). 'Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag' (Hoofdstuk 18, pp. 298-304). In J. De Bruijn & B. Twint (Eds.), *Handboek Verstandelijke Beperking: vijftientig succesvolle methoden*. Amsterdam: Boom.
- Sterkenburg, P.S. & Braakman, J. (2019). 'Effect van psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking en benodigde aanpassingen'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(11), 792-797.

- Sterkenburg, P.S. & Dyzel, V. (2020). 'Speciaal spel stimuleert veilige hechting bij een beperking'. *Vroeg, vakblad*, 12-14.
- Sterkenburg, P.S. & Dyzel, V. (2021). 'The importance of social relationships for persons with an intellectual disability: emotion regulation and how ICT can support parents and caregiver' (pp. 275-290). In: De Bruijn, J., Van den Broek, A., Vonk, J., Twint, B. (ed.). *Manual emotional development & intellectual disability*. Shoreham-by-Sea: Pavilion Publishing.
- Sterkenburg, P.S., Janssen, C.G.C. & Schuengel, C. (2008). '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., Meddeler-Polman, B., & Schrijver, J. (2020). *Gehechtheid in de praktijk: Werkboek voor iedereen die betrokken is bij de opvoeding van en zorg voor kinderen en volwassenen met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking*. Zeist: Bartiméus Reeks.
- Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2020). 'Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag' (pp. 767-792). In Braet, C., & Bögels, S. (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten deel 2* (1ste editie). Den Haag: 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' (pp. 87-100). In J. Zevalkink en P. Sterkenburg (red). *Voor de verandering: een psychodynamische kijk op ontwikkeling*. Assen: Van Gorcum.
- Sterkenburg, P.S., Schuengel, C. & Janssen, C.G.C. (2008). '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. & Weijburg-Melis, M. (2017). *Protocol: Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag: Matig- en licht verstandelijke beperking*. Doorn: Bartiméus. Interne publicatie.
- Sterkenburg, P.S., Zaal, S. & Dekkers-Verbon, P. (2021). 'Development of emotion regulation and the role of the attachment relationship' (pp. 177-134). In: De Bruijn, J., Van den Broek, A., Vonk, J., Twint, B. (ed.). *Manual emotional development & intellectual disability*. Shoreham-by-Sea: Pavilion Publishing.

- Stolk, J., Arentz, T., & Sterkenburg, P. (2009). *Care with Vision: Understanding and helping people with an intellectual and visual disability*. Doorn: Bartiméus Series.
- Stor, P. & Storsbergen, H. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis, het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Lemma.
- Vandesande, S., Bosmans, G., Sterkenburg, P., Schuengel, C., Van Den Noortgate, W. & Maes, B. (2020). 'Comfort provided by parents versus strangers after eliciting stress in children with severe or profound intellectual disabilities: does it make a difference?' *Attachment and Human Development*, 22:4, 425-447.
- Van Berckelaer-Onnes, I.A. & Hoekman, J. (1991). *AUTI-R Schaal ten behoeve van de onderkenning van vroegkinderlijk autisme. Handleiding en Verantwoording*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Van den Broek, E.G.C., Janssen, C.G.C., Ramshorst, T. van, & Deen, L. (2006). 'Visual Impairments in People with Severe and Profound Multiple Disabilities: An Inventory of Visual Functioning'. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(6), 470-475.
- Van den Broek, E.G.C., van Eijden, A.J.P.M., Overbeek, M.M., Kef, S., Sterkenburg, P.S., & Schuengel, C. (2017). 'A systematic review of the literature on parenting of young children with visual impairments and the adaptations for Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP)'. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29(3), 503-545.
- Van der Weck, S., Bos, A. & Sterkenburg, P.S. (2021). 'Mothers of children with a disability and their life experience: A Qualitative study'. *IASSIDD*. 6-8 July 2021. Amsterdam, The Netherlands.
- Van Duijvenboden, T. Pietersen, M., & Straus, M.-L. (2018). *Met het oog op meedoen: over de ondersteuningsbehoefte van mensen met een visuele en verstandelijke beperking*. WebEdu, Bartiméus Reeks.
- Van Nieuwenhuijzen, M. (2012). 'De (h)erkenning van jongeren met een lichte verstandelijke beperking; Een overzicht van de stand van zaken'. *NTZ*, 3, pp. 68-78.
- Van Splunder, J., Stilma, J.S., Bernsen, R.M D., & Evenhuis, H.M. (2006). 'Prevalence of visual impairment in adults with intellectual disabilities in the Netherlands: cross-sectional study'. *Eye*, 20(9), 1004-1010.

- Van Wingerden, E., Bos, G., & Sterkenburg, P.S. (2021). 'Bringing technology into the homes of children with PIMD to promote parent-child interaction'. IASSIDD. 6-8 July 2021. Amsterdam, The Netherlands.
- Van Wingerden, E., Sterkenburg, P.S., & Wouda, M. (2018). 'Improving empathy and self-efficacy in caregivers of persons with intellectual disabilities, using m-learning (HiSense APP-ID): study protocol for a randomized controlled trial'. *Trials*, 19:400, 1-8.
- Van Wingerden, E., Wouda, M. & Sterkenburg, P. (2019). 'Effectiveness of m-learning HiSense APP-ID in enhancing knowledge, empathy, and self-efficacy in caregivers of persons with intellectual disabilities: a randomized controlled trial'. *Health and Technology*, 9(5), 893-901.
- Woittiez, I.B., Eggink, E., Ras, M. (2019). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking. Notitie ten behoeve van het IBO-LVB*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Zeanah, C.H., Mammen, O.K., & Lieberman, A.F. (1993). 'Disorders of attachment'. In: C.H. Zeanah (eds.). *Handbook of infant mental health* (pp. 332-339). New York: Guilford Press.
- Zegers, M.A.M., Schuengel, C., van IJzendoorn, M.H., & Janssens, J.M.A.M. (2006). 'Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships'. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 325-334.

## Video

Bartiméus. (2007). *Gehechtheid: een psychotherapeutische behandeling*.

<https://www.bartimeus.nl/video-gehechtheid-een-psychotherapeutische-behandeling>

## Websites

<https://www.bartimeus.nl/specialistische-kennis/gehechtheid>

<https://www.rinogroep.nl/opleiding/5984/integratieve-therapie-voor-gehechtheid-en-gedrag-ITAB.html>

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) - Effectieve jeugdinterventies | NJi

<https://www.fgb.vu.nl/nl/onderzoek/academische-werkplaatsen/bartimeus/index.aspx>

<https://www.bartimeus.nl/publicaties>

<https://www.bartimeus.nl/specialistische-kennis/gehechtheid>

# Dankwoord

Dit boek is mogelijk gemaakt door de ZonMW Academische Werkplaats ‘Sociale Relaties en Gehechtheid’ Bartiméus - Vrije Universiteit Amsterdam. De Werkplaats heeft de ambitie om te werken aan kwaliteitsverhoging van de zorg- en dienstverlening in de praktijk om daarmee het welzijn te verhogen van mensen met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking. Verder is het doel van de Bijzondere Leerstoel ‘Mensen met een visuele of visuele-en-verstandelijke beperking: Sociale relaties en ICT’ aan de Vrije Universiteit Amsterdam, ingesteld door Stichting Bartiméus en Bartiméus Fonds, om wetenschap en praktijk te verbinden. Met dit boek kunnen we *evidence-based* kennis en ervaringskennis combineren en andere ITGG-therapeuten voorzien van voorbeelden, tips en praktijkkennis.

Het verschijnen ervan was alleen mogelijk door de samenwerking en samenspraak met de collega’s uit de praktijk. Zo hebben gz-psychologen/orthopedagoog-generalisten en orthopedagogen hun ervaringen gedeeld. Zonder jullie openhartigheid om jullie werk te delen was dit boek niet tot stand gekomen Hartelijk dank aan:

Wendy Engelbertink, gz-psycholoog, De Twentse Zorgcentra  
Marianne van Groenigen-Hulst, gz-psycholoog, Ons Tweede Thuis  
Renate Hilgers, orthopedagoog-generalist, Amerpoort  
Mieke Hoenderboom, orthopedagoog-generalist, 's Heeren Loo  
Henri Koelewijn, orthopedagoog-generalist, Amerpoort  
Truus van Ramshorst, gz-psycholoog, Esdégé-Reigersdaal  
Margot Vos, orthopedagoog, Ons Tweede Thuis  
Mirjam Wouda, gz-psycholoog, Ons Tweede Thuis

De ouders of verwanten van de personen die behandeld zijn (casussen zijn geanonimiseerd) hebben toestemming gegeven voor het beschrijven van de behandeling. We zijn hen zeer erkentelijk hiervoor. De illustraties zijn geanonimiseerd en zijn geen illustraties van de beschreven cliënt.

Hartelijk danken we de leden van de klankbordgroep voor hun kritische blik en opbouwende feedback. Dank aan Francien Dekker-Van der Sande, Bartelien Hilberink en Bernardien Marskamp-Van Aperlo. Verder, dank aan Astrid Kok voor je feedback op de tekst.

Dank aan de leescommissie van Bartiméus: Cornelia Ensing, Truus van Duijvenboden, Esther Tigchelaar en Judith Verwey voor hun waardevolle feedback.

Dank aan Lucia Willems voor het maken van een start aan dit boek en het leggen van het contact met Linda Rusconi. Dank Linda voor de illustraties. Met de toevoegingen van de illustraties is het een aantrekkelijk werkboek geworden.

Carlo Schuengel en Cees Janssen zijn nauw betrokken geweest bij de wetenschappelijke toetsing van ITGG. Francien Dekker-Van der Sande heeft, naast dat zij medebehandelaar was tijdens de toetsing van ITGG, zich onder meer ingezet voor het ontwikkelen van een *best-practice* voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen. Hans Giltaij heeft met zijn dissertatie bijgedragen aan de wetenschappelijke kennis met betrekking tot het diagnosticeren van verstoorde gehechtheid (Reactive Attachment Disorder; RAD en Disinhibited Social Engagement Disorder; DSED). Andere collega's van de Vrije Universiteit die actief betrokken waren bij de vertaalslag rond wetenschappelijke kennis met betrekking tot diagnostiek naar de praktijk, zijn Clasien de Schipper en Mirjam Oosterman. We zijn deze collega's zeer erkentelijk voor hun bijdrage aan de kennis die we binnen de zorg voor mensen met een visuele-en-verstandelijke of verstandelijke beperking hebben op het gebied van gehechtheid.

Graag danken wij belangrijke anderen in ons leven voor het bieden van een 'veilige haven' en 'veilige basis', waardoor ook wij onze eigen grenzen kunnen verleggen! Dank aan onze ouders.

Paula Sterkenburg en Veerle Andries

## Over de redacteurs

Paula Sterkenburg is bijzonder hoogleraar ‘Mensen met een visuele of visuele én verstandelijke beperking; sociale relaties & ICT’ aan de Vrije Universiteit Amsterdam. De leerstoel is in 2019 ingesteld door Stichting Bartiméus en het Bartiméus Fonds. Ze is gz-psycholoog en orthopedagoog-generalist bij Bartiméus, coördinator van de Academische Werkplaats ‘Sociale Relaties en Gehechtheid’ van Bartiméus - Vrije Universiteit Amsterdam (sinds 2009) en ze is samen met Mirjam Wouda coördinator van het samenwerkingsverband Ons Tweede Thuis - Vrije Universiteit Amsterdam (sinds 2015). Ze promoveerde in 2008 aan de Vrije Universiteit Amsterdam. De VGN kende haar in 2007 de eerste VGN-Gehandicaptenzorgprijs toe voor de manier waarop zij een brug heeft weten te slaan tussen onderzoek en praktijk. In 2012 werd aan haar de Han Nakken-prijs van de Rijksuniversiteit Groningen toegekend voor de meest opmerkelijke praktijkprestatie voor het werkboek *Vertrouwensrelatie voor ontwikkeling*. In 2013 had zij het winnende voorstel van een app met als thema: ‘Vergroten van eigen invloed en regie voor en door mensen met ernstig meervoudige beperkingen (EMB)’ van het Fonds NutsOhra in samenwerking met Vilans, en in 2015 stond zij binnen de top 3 voor de VU EMGO+ Societal Impact Award. In 2016 stond het project ‘Stop nu met pesten!’ op de shortlist voor de VGN-gehandicaptenzorgprijs 2016. In 2017 kreeg zij een prijs van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars voor het project ‘Spelenderwijs spiegelen’.

Veerle Andries studeerde in 2017 af aan de bacheloropleiding Orthopedagogie aan de AP-hogeschool in Antwerpen. In haar laatste bachelor-jaar deed zij een stage in Amsterdam bij Stichting Ons Tweede Thuis, op een locatie voor mensen met een licht verstandelijke beperking en een bijkomende problematiek. In 2019 rondde ze haar masteropleiding Orthopedagogiek af aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Nu werkt zij als scientist-practitioner bij de Academische Werkplaats ‘Sociale relaties en Gehechtheid’ Bartiméus - Vrije Universiteit Amsterdam en als orthopedagoog bij Odion.