

# VU Research Portal

## Intervening in Stress, Attachment and Challenging Behaviour

Sterkenburg, P.S.

2008

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

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

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

***SAMENVATTING***  
***(SUMMARY IN DUTCH)***

***INTERVENIËREN BIJ STRESS, GEHECHTHEID EN GEDRAGSPROBLEMEN:  
EFFECTEN VOOR KINDEREN MET MEERVOUDIGE BEPERKINGEN***

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. Deze kinderen worden 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, wat het moeilijk maakt hun gedrag bij te sturen. Hun isolement en achterstand worden daardoor alleen nog maar vergroot. De vraag is wat een wending teweeg kan brengen in de ontwikkeling van deze kinderen. In dit onderzoek stond psychotherapie centraal, meer in het bijzonder een 'Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)', als middel om aan te tonen dat ondanks de slechte start van deze kinderen, het opbouwen van een gehechtheidsrelatie een positief verschil kan maken. Eerst is onderzocht of kinderen met een geschiedenis van pathogene zorg, met een visuele en ernstig verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen een gehechtheidsrelatie met de therapeut kunnen opbouwen. Vervolgens is onderzocht wat het effect is van ITGG op het gedrag van het kind.

De ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie is onderzocht met behulp van fysiologische (PEP, RSA en cortisol) en gedragsmaten, om zodoende de functie van de therapeutische relatie voor stressregulatie te toetsen. Het effect van ITGG is onderzocht door de gedragstherapie gegeven door de experimentele therapeut te vergelijken met de gedragstherapie gegeven door de controletherapeut. Verder is het effect onderzocht door te kijken naar gedragsveranderingen van de cliënt in het dagelijkse leven.

### ***Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)***

ITGG is een gefaseerde behandeling, waarbij elke fase een specifieke functie heeft en succes in de volgende fase afhankelijk is van het succes in de voorgaande. In de eerste fase tracht een psychotherapeut/gz-psycholoog door middel van intensief contact (opnieuw of voor het eerst) een gehechtheidsrelatie op te bouwen met de cliënt. Deze eerste fase van de behandeling is opgebouwd uit drie subfasen: 'bonding en contact maken', 'symbiose' en 'stimulatie tot individuatie', de fasen van de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie zoals beschreven door Bowlby (1969/1984). De focus van deze eerste fase is gericht op de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie tussen de cliënt en de therapeut. De gehechtheidsrelatie vormt de basis voor de ontwikkeling van adaptieve affectregulerende vaardigheden. Op initiatief van zowel de cliënt als de therapeut kan fysiek contact voorkomen. Fysiek contact wordt nimmer afgedwongen of opgedrongen (AACAP, 2005). De tweede fase van de integratieve therapie is gericht op gedragsmodificatie, het aanleren van nieuw- en sociaal gewenst gedrag. Tijdens de derde fase, generalisatie,

wordt het netwerk van relaties uitgebreid en neemt de therapeut steeds meer een plek op de achtergrond in. Gedurende de dagelijkse zorg wordt tijdens en na deze derde fase door opvoeders/begeleiders steeds geïnvesteerd in de band met de cliënt door gebruik te maken van sensitieve en responsieve interventies. ITGG wordt in meer detail beschreven in Sterkenburg en Schuengel (in druk); zie voor een korte beschrijving Bijlage 1.

### **Methodes**

*Onderzoeksdesign.* Tijdens fase 1 van de ITGG was de experimentele therapeut erop gericht om een gehechtheidsrelatie met de cliënt op te bouwen. De sessies met de experimentele therapeut alterneerden met de sessies waarin een controletherapeut alleen positieve aandacht gaf. In fase 2 werd door beide therapeuten dezelfde geprotocolleerde gedragstherapie aangeboden. De ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie tijdens de ITGG en het effect van de ITGG op het gedrag van de cliënt werden getoetst met behulp van multiple baseline (Hoofdstuk 2 en 4) en multiple case (Hoofdstuk 3) studies. In de single-case studie (Hoofdstuk 5) werden zowel de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie met de experimentele therapeut als het effect van de ITGG beschreven.

*Onderzoeksgroep en selectie.* De zes cliënten die betrokken waren bij dit onderzoek, waren tussen 10 en 18 jaar oud, waren blind of hadden een visuele beperking (volgens de normen van de World Health Organization), hadden een ernstig verstandelijke beperking (IQ tussen 20 en 34) en hadden ernstige hardnekkige gedragsproblemen (zelfverwondend gedrag, agressie of ernstig verstorend gedrag) blijkend uit een hoge score op het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag – CEP, Nationaal Ziekenhuisinstituut (Kramer, 2001). In de dossiers moest sprake zijn van gedocumenteerde vroege pathogene zorg, zoals omschreven in de DSM-IV criteria voor reactieve hechtingsstoornis, te weten ernstige lichamelijke of emotionele verwaarlozing, misbruik of mishandeling, of meerdere verbrekingen van primaire opvoedingsrelaties. Medische problematiek werd uitgesloten. Kinderen met de diagnose autisme spectrum stoornis werden uitgesloten, op basis van onderzoek door een onafhankelijke psychiater met ruime ervaring in het diagnosticeren en behandelen van cliënten met visuele en verstandelijke beperkingen. Een contra-indicatie voor de ITGG was tactiele afweer.

Psychologen/(ortho)pedagogen van Bartiméus, een organisatie die zich inzet om de kwaliteit van leven van mensen die slechtziend of blind zijn te verbeteren met persoonlijk advies, ondersteuning en kennisoverdracht, en van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) dat advies en ondersteuning biedt aan cliënten met een bijzondere hulpvraag, werden gevraagd om cliënten aan te melden die aan bovengenoemde criteria

voldeden. Medisch-ethische goedkeuring werd gevraagd en ontvangen van de Commissie voor Medisch-Ethische Zaken van het VU Medisch Centrum alsook van de Medisch-Ethische Commissie van Bartiméus.

### ***De ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie tussen cliënt en therapeut***

Zoekt de cliënt, tijdens momenten van stress, troost of steun bij de therapeut? Draagt de relatie bij tot stressregulatie? Om de vraag te beantwoorden of zich tussen therapeut en cliënt een gehechtheidsrelatie ontwikkelt (Hoofdstuk 2) is een functionele benadering gebruikt: als de relatie tussen de cliënt en de therapeut een gehechtheidsrelatie is, zal de functie ervan zijn dat dan sprake is van stressregulatie (Bowlby, 1969/1997, Schore, 2001a), en zal de cliënt in tijden van stress contact zoeken met de therapeut. De verwachting was daarom dat de cliënten naarmate de therapie vorderde in toenemende mate bij de experimentele therapeut troost of steun zouden zoeken. Verwacht werd dat de cliënten tijdens momenten van stress meer nabijheidzoekend gedrag zouden laten zien naar de experimentele therapeut dan naar de controletherapeut. Voor het scoren van dit nabijheidzoekend gedrag werden observatieschalen ontwikkeld, gebaseerd op de moeder-kind interactie schalen in de Vreemde Situatie Procedure (Ainsworth et al. 1978). Nabijheidzoekend gedrag werd door onafhankelijke beoordelaars, zonder voorkennis voor therapeut en fase van behandeling, gecodeerd met behulp van het Noldus computerprogramma (The Observer, Noldus Information Technology, Wageningen). De videobanden van experimentele en controlesessies werden gescoord en vervolgens werden de momenten van hoge RSA- en PEP-arousal gecombineerd met de scores voor nabijheidzoekend gedrag. De data van de experimentele therapeut werden met de data van de controle therapeut vergeleken.

Tijdens de aanwezigheid van de experimentele therapeut zouden de cliënten tijdens stressvolle situaties ook een betere stressregulatie, en derhalve minder arousal, moeten laten zien (Stevenson-Hinde & Marshall, 1999) dan tijdens de aanwezigheid van de controletherapeut. Met behulp van het VU Ambulatory Monitoring System (VU-AMS: De Geus & Doornen, 1996) werden de parasympathische (Respiratory Sinus Arrhythmia - RSA) en de sympathische (Pre-Ejection Periode - PEP) activiteit geregistreerd. De RSA-data werden gecorrigeerd voor beweging, dit bleek niet nodig te zijn voor de PEP-data.

De resultaten toonden aan dat de cliënten inderdaad significant langere periodes van actief en zeer actief nabijheidzoekend gedrag lieten zien. Ook lieten de cliënten gedurende momenten van hoge RSA- en PEP-arousal meer (zeer) actief nabijheidzoekend gedrag zien naar de experimentele therapeut dan naar de controletherapeut.

Gedurende de gedragstherapie in fase 2 van de ITGG werd er meer van de cliënten geëist hetgeen stressvol was voor de cliënten. Het maakte echter verschil of de experimentele therapeut de gedragstherapie uitvoerde of dat de controletherapeut het deed. Arousal in het sympathische deel van het autonome zenuwstelsel (PEP) nam toe, maar alleen voor de sessies met de controletherapeut. Sympathische arousal was significant lager bij de experimentele therapeut, hetgeen suggereert dat cliënten bij deze therapeut minder de neiging hadden om te vechten of te vluchten. Ook de arousal in het parasympathische deel van het autonome zenuwstelsel was lager, maar dit verschil was net niet significant ( $p = .06$ ).

Deze resultaten laten zien dat de nieuwe therapeutische relatie dezelfde stressregulerende functie had als gehechtheidsrelaties blijken te hebben, bijvoorbeeld tussen ouders en kinderen. Psychofysiologische studies hebben bevestigd dat de aan- of afwezigheid van een primaire gehechtheidsfiguur (biologische of pleegouders) geassocieerd kan worden met de autonome zenuwstelsel (ANS) response, voornamelijk tijdens stressvolle situaties (Gilissen, Koolstra, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Van der Veer, 2007; Oosterman & Schuengel, 2007a, b; Stevenson-Hinde & Marshall, 1999; Willemsen, Goossens, Koot, & Schuengel, in druk). Deze studie lijkt de eerste te zijn die soortgelijke resultaten laat zien voor een therapeutische relatie. De therapeutische relatie lijkt daarmee van groot belang voor de behandeling van cliënten zonder een relatie met een gehechtheidsfiguur. Deze onderzoeksresultaten tonen aan dat het ook voor deze kinderen, met meervoudige beperkingen en ernstige gedragsproblemen en zonder gehechtheidsfiguren, mogelijk is om een gehechtheidsrelatie op te bouwen.

Om te onderzoeken of de nieuwe gehechtheidsrelatie vermindering van stress tot gevolg had, is ook de cortisol-dagcurve onderzocht (Hoofdstuk 3). De cortisol-dagcurve werd onderzocht omdat de aanmaak en afbraak van cortisol onderdeel uitmaakt van stressregulatie (Blair, Granger, & Razza, 2005). Immers, onderzoek naar het effect van een integratieve behandeling bij pleegkinderen heeft aangetoond dat deze kinderen aan het eind van de behandeling een meer 'normale' cortisol-dagcurve hadden (Dozier et al. 2002; Fisher et al. 2000). De verwachting was daarom dat aan het eind van de ITGG de cliënten een meer 'normale' cortisol-dagcurve zouden hebben. Hiertoe werden gedurende de hele ITGG eenmaal per maand -vier keer per dag op twee achtereenvolgende dagen gedurende het weekend- speekselmonsters genomen bij alle cliënten in dit onderzoek. Bij de resultaten moet worden aangetekend dat er een hoog percentage 'missing-values' was, omdat het verzamelen van speekselmonsters bij deze cliënten met een visuele en ernstig verstandelijke beperking moeilijk bleek. Zo bood één cliënt zoveel weerstand dat

het verzamelen van speeksel moest worden gestaakt. Ondanks deze praktische problemen lieten de resultaten zien dat drie cliënten die bij de start van de ITGG een a-typische dagcurve lieten zien, vervolgens een meer typische/normale dagcurve ontwikkelden met minder extreme maten aan het eind van de ITGG. Wanneer deze maten echter werden vergeleken met tweelingen van 12 jaar (N=180 paren: Bartels et al. 2003), waren de ochtendwaarden significant lager en de avondwaarden significant hoger aan het eind van de interventie. De resultaten suggereren dat de cortisol-dagcurve kan veranderen in reactie op de veranderingen in de omgeving en het functioneren van de cliënt. De lagere cortisolwaarden aan het eind van de interventie bevestigden de eerdere resultaten met betrekking tot RSA en PEP, namelijk dat de ontwikkeling van een therapeutische relatie bijdroeg aan een betere stressregulatie bij de cliënten in deze studie.

### ***Het effect van ITGG op gedrag***

Had gedragsmodificatie door de experimentele therapeut een sterker effect dan gedragsmodificatie door de controletherapeut? En wat was het effect van ITGG op het gedrag van de cliënt tijdens dagelijkse zorgsituaties buiten de therapie? In een serie van single-case studies met alternerende behandelingen voor de cliënten (Hoofdstuk 4) werden deze onderzoeksvragen beantwoord. Gestandaardiseerde instrumenten werden gebruikt om voorafgaand aan de ITGG de gedragsproblemen van de cliënten te bepalen: het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP: Kramer, 2001) en de Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen (SGZ: Kraijer & Kema, 1994). De (pleeg) ouders/ begeleiders van de cliënten registreerden daarnaast dagelijks ieder uur op overzichtelijke en makkelijk beschikbare scoringsformulieren de frequentie van gedragsproblemen op een observatielijst. De wekelijks op video opgenomen sessies voor de experimentele en controle therapeut werden in willekeurige volgorde gecodeerd door onafhankelijke beoordelaars, zonder voorkennis voor therapeut conditie, met behulp van het Noldus computerprogramma (The Observer). Zowel gedragsproblemen (agressie en zelfverwondend gedrag) als adaptief gewenst gedrag werden voor de gedragstherapie sessies (fase 2) gescoord.

De verwachting was dat cliënten aan het eind van de behandeling minder gedragsproblemen zouden laten zien. Verder werd verwacht dat de cliënten tijdens de gedragstherapie gevoeliger zouden zijn voor de sociale beloning door de experimentele therapeut dan door de controletherapeut.

Aan het eind van de behandeling was er inderdaad sprake van minder gedragsproblemen: een significant lagere score op de CEP en voor vier van de zes cliënten een hogere score op

de SGZ. Bij niet alle cliënten konden de dagelijkse rapportage van de verzorgers gebruikt worden voor het meten van het beloop van gedragsproblemen. De betrouwbaarheid van de scores was niet altijd voldoende, wat bleek uit lage intraclass correlatiecoëfficiënten tussen de weekgemiddelden voor gedragsproblemen bij twee van de zes cliënten. Voor de vier andere cliënten, zo bleek uit de observatielijsten, was er buiten de therapie sessies met de experimentele therapeut (dus in de zorgsituatie) zelfs al een vermindering van gedragsproblemen gedurende het opbouwen van een gehechtheidsrelatie met de cliënt (fase 1) en vervolgens een verdere vermindering gedurende de gedragstherapie (fase 2). Een belangrijke test was, of de experimentele therapeut effectiever was in het gebruiken van sociale beloningen voor gewenst gedrag dan de controletherapeut. Dat bleek het geval te zijn. Gedurende de gedragstherapie (fase 2) lieten de cliënten significant meer nieuw gewenst gedrag zien gedurende de sessies met de experimentele therapeut dan tijdens de sessies met de controle therapeut. Er was geen significant verschil tussen de experimentele- en de controletherapeut met betrekking tot de al weinig voorkomende vormen van ongewenst gedrag / gedragsproblemen.

Voor deze cliënten, bij wie andere vormen van behandeling niet effectief waren gebleken, liet ITGG dus wel positieve effecten zien. De resultaten tonen aan dat de cliënten meer gewenst nieuw gedrag leerden bij een therapeut die gericht was geweest op het opbouwen van een gehechtheidrelatie dan bij de therapeut die voordien alleen positief aanwezig was geweest (controletherapeut).

### ***Effect van ITGG op de ontwikkeling van een kind bij wie sprake was van een vastgelopen situatie***

In de single case-study (Hoofdstuk 5) werden de twee onderzoeksvragen, de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie en het effect van ITGG, geïntegreerd om zo antwoord te geven op de vraag of ITGG een wending teweeg kan brengen in de ontwikkeling van een kind bij wie sprake was van een vastgelopen situatie. ITGG werd over een periode van één jaar geboden aan Roy, een 17 jarige blinde jongen met een ernstige verstandelijke beperking (Down Syndroom). Zijn voorgeschiedenis toonde een serie van verbrekingen van primaire opvoedingsrelaties in de eerste jaren van zijn leven en daarna, waarmee hij voldeed aan de DSM-IV omschrijving van pathogene omgevingsfactoren voor de ontwikkeling van een reactieve hechtingsstoornis. Eerdere medische en gedragsgerichte interventies hadden hem niet van zijn ernstige en hardnekkige gedragsproblemen af kunnen helpen.



De vier typen gehechtheidsgedrag (nabijheid zoekend -, nabijheid handhavend -, vermijdend - en afwerend gedrag) voor het scoren van moeder-kind interactie in de Vreemde Situatie Procedure (Ainsworth et al., 1978) werden aangepast voor het coderen van gehechtheidsgedrag van de cliënt naar de experimentele therapeut en de controletherapeut gedurende fase 1 van de ITGG. In willekeurige volgorde werden de experimentele en controle sessies gecodeerd door onafhankelijke beoordelaars, zonder voorkennis voor fase van therapie en behandelconditie. De resultaten toonden aan dat Roy, over de tijd heen, meer nabijheidzoekend gedrag liet zien naar de experimentele dan naar de controle therapeut. Deze resultaten werden ondersteund door de lagere arousal wanneer de gedragstherapie (fase 2) werd aangeboden door de experimentele therapeut, in vergelijking met de controletherapeut. Gedurende fase 2 werd tijdens de aanwezigheid van de experimentele therapeut het systeem dat betrokken is bij vechten of vluchten (het sympathische deel van het autonome zenuwstelsel) minder geactiveerd. Arousal in het sympathische deel van het zenuwstelsel werd gemeten met behulp van de VU-AMS (De Geus & Doornen, 1996). Verder bleek de experimentele therapeut vergeleken met de controletherapeut significant meer effect te hebben bij het aanleren van nieuw gewenst gedrag (fase 2). Onafhankelijke beoordelaars, zonder voorkennis voor therapieconditie en fase, codeerden de gedragsproblemen met behulp van het Noldus computerprogramma (The Observer). Over de tijd heen was er een afname van de frequentie en intensiteit van de gedragsproblemen. De frequentie en intensiteit van de gedragsproblemen in de dagelijkse zorgsituatie, zoals iedere uur gescoord door de begeleiders van Roy, volgden dezelfde afname van gedragsproblemen met significante fase-effecten. Dit is een aanwijzing dat tijdens de therapie sessies bereikte veranderingen tijdens de daaropvolgende week doorwerkten in de dagelijkse zorgsituatie.

Deze resultaten zijn consistent met de theorie dat een gehechtheidsrelatie stress-regulerend is voor cliënten zoals Roy. Indien zij een gehechtheidsrelatie kunnen ontwikkelen met een andere persoon, in deze situatie met een therapeut, is het vervolgens makkelijker om met steun van deze persoon (als 'veilige basis') nieuw gewenst gedrag te leren.

### **Conclusie**

Voor de zorg voor mensen met beperkingen hebben de resultaten van dit onderzoek een aantal belangrijke consequenties. Deze studie bevestigt de plasticiteit van de ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie, zelfs bij adolescenten. Het was mogelijk om een affectieregulerende relatie op te bouwen met cliënten met een visuele en ernstig verstandelijke beperking zonder een gehechtheidsrelatie. Verder bleek de op de

gehechtheid gebaseerde interventie cliënten met meervoudige beperkingen, met een geschiedenis van pathogene zorg, te helpen om effectief om te gaan met dagelijkse stressvolle situaties. Deze bevindingen werden vastgesteld bij cliënten voor wie in het verleden geen andere therapie of interventie effectief bleek te zijn. Dit wil zeggen dat een relatie die voor de cliënt troost, steun en veiligheid biedt, de cliënt kan ondersteunen in de omgang met stressvolle levensgebeurtenissen. Het is natuurlijk het meest gewenst, als alle kinderen, ook al hebben ze meervoudige beperkingen, van jongs af aan een veilige gehechtheidsrelatie kunnen opbouwen met hun verzorgers en opvoeders. Daar waar nodig, kunnen potentiële gehechtheidsfiguren daarin ondersteund worden. Interventies ten behoeve van gehechtheid komen nooit te vroeg. De resultaten van deze studie geven echter ook aan, dat dergelijke interventies ook op latere leeftijd nog zeer wel mogelijk zijn - en dus als behandelingsalternatief te overwegen.

Een klinische implicatie van deze resultaten is dat, voor het aanleren van nieuw gewenst gedrag, het zinvol kan zijn om te investeren in de relatie met de cliënt voorafgaand aan gedragsmodificatie. Een verdere implicatie is dat een relatie die troost, steun en veiligheid biedt, ook zal helpen bij het omgaan met dagelijkse stresssituaties. Juist voor mensen met meervoudige beperkingen kunnen verhuizingen of andere veranderingen in de dagelijkse leef- of woonsituatie erg stressvol zijn. De reactie op dergelijke stress is vaak probleemgedrag. Het bieden van troost, steun en veiligheid kan dus probleemgedrag voorkomen.

Alleen al het ontwikkelen van een therapeutische relatie die lijkt op een gehechtheidsrelatie deed erg veel probleemgedrag afnemen, dat voorheen resistent was; dit, terwijl nog geen sprake was van de systematische behandeling ervan. Dit is een interessant onderzoeksgegeven. Wellicht kan de hoge prevalentie van gedragsproblemen in de zorg voor mensen met beperkingen ten minste voor een deel afnemen door te investeren in de mogelijkheid tot het aangaan van vertrouwensrelaties tussen cliënten en hun directe hulpverleners. Het opvoeden en verzorgen van kinderen en volwassenen met meervoudige beperkingen binnen een netwerk van veilige gehechtheidsrelaties, zou daarom een grote bijdrage kunnen leveren aan de geestelijke gezondheid en de kwaliteit van bestaan van deze kwetsbare groep cliënten.