



Affectregulerende Vaktherapie

Muziektherapie ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen
bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid

Wijntje van der Ende, Merlijne Patijn,
Monique Engels, Ad de Laat, Channa de Kruijf,

2016



Samenvatting

Titel

Affectregulerende Vaktherapie *muziek ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid.**

* Er is tevens een versie Affectregulerende Vaktherapie Beeldend (2015)

Auteurs

Muziektherapeuten: Wijntje van der Ende, Merlijne Patijn, Monique Engels, Channa de Kruijf, Ad de Laat.

Doelgroep

De interventie Affectregulerende Vaktherapie *muziek* (ArVTm) richt zich op kinderen van 4 t/m 12 jaar met gedrags- en emotionele problemen volgens de Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 2001), waarbij tevens sprake is van een vermoeden van problematische gehechtheid volgens de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris en Zeanah, 2005b; Stor en Storsbergen, 2006). Ouders/verzorgers krijgen aanvullend psycho-educatie en begeleiding bij de bejegening van het kind tijdens de ArVTm behandeling

Zorgprogramma

De jeugdinterventie Affectregulerende Vaktherapie *muziek* (ArVTm) is zorgprogramma-overstijgend: cliënten maken er gebruik van in zorgprogramma's voor kinder- en jeugdpsychiatrie, kinderen met een licht verstandelijke beperking en jeugdzorg.

Interventie-aanpak

ArVTm is gericht op het reguleren van affect, aandacht, gedrag en emoties. Affect is te definiëren als de verzameling van interne spanningen en niet afleesbare, onbewuste gevoelens. Emoties zijn gevoelens die zichtbaar zijn in gedrag. Voorbeeld: *machteloze woede*, waarbij woede (emotie) zichtbaar is en machteloosheid het onderliggende affect.

In ArVTm wordt in drie fasen affect, aandacht, emoties en gedrag gereguleerd door het werken met muzikale middelen en door gebruik te maken van de werkrelatie tussen kind en therapeut.

Dit hele proces heet affectregulatie omdat de onderliggende spanningen en gevoelens (affecten) altijd het uitgangspunt van de interventie vormen. Deze interventie bevordert gehechtheidsgedrag van het kind en vermindert gedrags- en emotionele problemen.

De therapie vindt wekelijks plaats, individueel in sessies van drie kwartier (waarvan kwartier met ouders) tot een uur gedurende een half jaar tot anderhalf jaar.

Voorafgaand aan- en tijdens de behandeling geeft de vaktherapeut de opvoeders psycho-educatie, uitleg over de aanpak per fase en adviezen over de bejegening. Tussentijdse therapiedeelname van de opvoeders kan gewenst zijn.

Onderbouwing

Het hoofddoel van ArVTm is toename van gehechtheidsgedrag en afname van gedrags- en emotionele problemen van het kind. Subdoelen zijn: het kind is in staat de opvoeder als bron van troost en ontspanning te ervaren, het kind kan zijn gevoelens reguleren en het kind verbetert het sociaal functioneren (gedragsregulatie).

Deze interventie helpt alsnog de bouwstenen van **affectregulatie** ontwikkelen doordat het kind in de improviserende **interactie*** met muziekmaterialen leert omgaan met spanning, aandacht en gevoelens (affecten). Dit gebeurt in een **mentaliserende**** werkrelatie met de therapeut. Deze combinatie (improviserende interactie en mentaliserende werkrelatie) bevordert **gehechtheidsgedrag**.

* Improviserende interactie is: er is geen vooraf vastgesteld materiaal aanbod of werkvormkeuze. Materialen en activiteiten worden afgestemd op het kind aangeboden.

**Mentaliseren is: Het vermogen om zich in te leven in en betekenis te geven aan mentale inhoud die zowel het eigen gedrag als dat van andere bepalen (Verfaillie 2011).

Onderzoek

Nog geen gegevens. Onderzoek is in voorbereiding.

Voor de laatste informatie en ontwikkelingen: www.affectregulerendevaktherapie.nl

1. Titel

Affectregulerende Vaktherapie *muziek* ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid

1.2 Auteurs

Wijntje van der Ende, Monique Engels, Merlijne Patijn, Channa de Cruif, Ad de Laat

1.3 Zorgprogramma

De interventie is zorgprogramma-overstijgend: cliënten maken er gebruik van in zorgprogramma's voor kinder- en jeugdpsychiatrie, kinderen met een licht verstandelijke beperking en jeugdzorg.

1.4 Prototype werkwijze

(Smeijsters 2005d)

In de aanvangsfase (spanningsregulatie fase):	Supportief
In de midden fase (aandachtsregulatie fase):	Re-educatief
In de laatste fase (affectregulatiefase):	Re-constructief

2. Probleemomschrijving

2.1 Probleem

Kinderen met problematische gehechtheid hebben moeite met het hanteren van gedrag en emoties. De gedrags- en emotionele problemen lijken direct verband te houden met zwakke regulatie van spanningen en gevoelens (affecten) in de vroege relatie tussen kind en opvoeder (Meurs, et al 2008). Kenmerkend is het gebrek

aan vertrouwen in hun directe opvoeders. De koepelterm 'problematische gehechtheid' wordt in de Richtlijn Problematische Gehechtheid (2014) ook gebruikt voor:

- Kinderen en jeugdigen bij wie de gehechtheidsrelatie verbroken is en die daarvan nog steeds last hebben;
- Kinderen en jeugdigen die met geen enkele volwassene een gehechtheidsrelatie lijken te hebben opgebouwd. Dit wordt de reactieve hechtingsstoornis genoemd.

De kinderen met een problematische gehechtheid verschillen in hun reacties op spanningsvolle omstandigheden. Er worden drie stijlen onderscheiden (Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., e.a. 1978).

- *Vermijdend gehechte kinderen* hebben, na veelvuldig te zijn afgewezen, geleerd geen beroep meer te doen op hun ouders als ze stress ervaren. Deze kinderen richten hun pijn, verdriet of angst eerder naar binnen, of reageren agressief bij spanning. In sociale contacten houden ze liever afstand, ze kunnen hun eigen boontjes wel doppen.
- *Ambivalent gehechte kinderen* zijn vooral onzeker door het sterk wisselende, inconsistente gedrag van hun ouders. Ze zoeken voortdurend nabijheid, zijn soms erg aanhankelijk, passief of boos. Zij missen het zelfvertrouwen van een veilig gehecht kind.
- *Gedesorganiseerd gehechte kinderen* zijn doorgaans opgegroeid met ouders die zowel een bron van steun als bron van angst zijn, bijvoorbeeld doordat de ouders het kind mishandelen of depressief zijn. Of doordat een ouder het kind niet kan beschermen tegen het geweld dat plaatsvindt in het gezin.

Het jonge kind kan zich niet aanpassen aan deze onoplosbare paradox en laat daarom vreemd, gedesorganiseerd gedrag zien, zoals nabijheid zoeken bij vreemde mensen, of gaan huilen als het zijn ouder weer ziet na een korte scheiding. Oudere kinderen kunnen extreem angstig, controlerend en bazig gedrag laten zien (Richtlijnen Jeugdzorg, 2014 c).

2.2 Spreiding

De in de Richtlijnen Jeugdzorg (2014c) gemelde prevalentiecijfers zijn gebaseerd op zowel internationale als Nederlandse studies naar gehechtheid (Lamb et al., 1985; van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988).

Veilig gehechte kinderen onderscheiden zich van onveilig gehechte kinderen door het vertrouwen dat zij hebben in zichzelf en in de anderen om hen heen. Tussen de 60 en 70 % van alle gezonde thuiswonende kinderen in Nederland heeft een veilige gehechtheidsrelatie, en 30 tot 40 % is onveilig gehecht. Dit wordt gekenmerkt door een gemis aan vertrouwen in hun ouders.

Uit verschillende meta-analyses blijkt dat bij jeugdigen die opgroeien in probleemgezinnen, in pleeggezinnen of bij adoptieouders of ouders met psychiatrische problematiek, vaker gehechtheidsproblemen voorkomen. Ook kinderen met psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking (Jansen, 2007) ontwikkelen vaker een problematische gehechtheid (Van den Dries, Juffer, Van IJzendoorn & Bakersmans-Kranenburg, 2009; Londen-Barentseb, 2002).

Conclusie: Problematische gehechtheidsrelaties komen volgens de richtlijn Jeugdhulp en Jeugdbescherming (2015), vaker voor bij jeugdigen die:

- opgroeien in gezinnen waarin vermoedelijk sprake is van mishandeling, verwaarlozing of huiselijk geweld; Prevalentie 80%
- na hun eerste verjaardag zijn geadopteerd of opgroeien in een pleeggezin; Prevalentie 30%
- opgroeien in een leefgroep of tehuis; (geen gegevens bekend)
- opgroeien in een gezin waarvan één of beide ouders psychiatrische problemen heeft; Prevalentie: vaker dan gemiddeld
- een ontwikkelingsstoornis, autistische stoornis of een verstandelijke beperking hebben. Prevalentie 50%

2.3 Gevolgen

De Richtlijn Problematische Gehechtheid (2014) spreekt van minder zelfvertrouwen, minder goed emoties kunnen reguleren en minder sociaalvaardig zijn als gevolgen van een problematische gehechtheid.

De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie voorspelt in belangrijke mate hoe het kind zich op verschillende gebieden ontwikkelt. Zo blijkt uit een review van Schneider, Atkinson en Tardif (2001) dat er verband is tussen de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie op jonge leeftijd en de manier waarop het kind later omgaat met leeftijdgenoten en in staat is hechte vriendschappen op te bouwen. Ook de manier waarop een kind later met stressvolle situaties en gebeurtenissen kan omgaan houdt verband met de kwaliteit van de gehechtheid op jonge leeftijd (Van IJzendoorn, Schuengel en Bakermans-Kranenburg 1999). Daarnaast is een positieve correlatie aangetoond tussen de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie en cognitieve vaardigheden en taalvaardigheden (Murray en Yingling 2000; O'Connor en McCartney 2007).

Kinderen die onveilig gehecht zijn hebben geen vertrouwen in de beschikbaarheid van de ouder/verzorger in perioden van stress en spanning. Onveilige gehechtheid kan leiden tot chronisch vroegkinderlijk trauma, waarbij stabilisatie van belang is (Struik, 2010). Het gevolg van vroege stress en spanning is volgens Thoomes-Vreugdenhil (2012) dat er problemen op verschillende ontwikkelingsgebieden ontstaan: sociaal, emotioneel en cognitief. Zelfwaardering, emotieregulatie en zelfbeeld komen onder druk te staan.

Došen (2005) heeft het over de volgende persoonlijke kenmerken die kunnen ontstaan bij een verstoring van de gehechtheid: vasthouden van lichamelijk contact, apathie in bedreigende situatie, angst voor vreemden, snelle wisseling van stemming, impulsief reageren bij frustratie, agressiviteit, zelfverwondend gedrag, dwangmatigheid en het ontwikkelen van rituelen.

3. Doelgroep

De affectregulerende vaktherapie methode richt zich op kinderen van 4 t/m 12 jaar met gedrags- en emotionele problemen volgens de Child Behaviour Check List (CBCL) (Achenbach, 2001), waarbij tevens sprake is van een vermoeden van problematische gehechtheid volgens de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG) (Boris en Zeanah, 2005b).

3.1 Indicatie

- Het kind laat (ernstige) gedrags- en of emotionele problemen zien, volgens de, CBCL
- Het kind heeft een problematische gehechtheid volgens de LSVG.

3.2 Contra indicaties

- Crisissituatie door onveilige woon- of opvoedingssituatie*
- Psychose
- Ernstige lichamelijke beperkingen (visueel of tactiel) die vaktherapie onmogelijk maken.

*De eerste fase (spanningsregulatiefase) van de ArVT kan wel worden gestart, mits er perspectief is op vervolg van behandeling en een stabilisatie van de opvoedingssituatie.

3.3 Selectie, intake, verwijzing

Door diagnostiek wordt selectie gedaan voor behandeling. Verwijzing en intake worden gedaan door hoofdbehandelaars: gedragswetenschapper, psychiater en multidisciplinair team.

4. Doelen

Hoofddoel:

Het kind ontwikkelt gehechtheidsgedrag waardoor gedrags- en emotionele problemen afnemen.

Subdoelen:

- Het kind is in staat de opvoeder als bron van troost en ontspanning te ervaren
Bij oplopende spanning vraagt en accepteert het kind hulp en sturing van de dagelijkse opvoeder.
- Het kind kan zijn emoties (laten) reguleren
Het kind richt zijn aandacht op zichzelf. Het kind onderzoekt de omgeving. Het kind onderscheidt verschillende gradaties van spanning en gevoelens (affecten)
- Het kind functioneert sociaal beter omdat het zijn emoties kan reguleren.
Het kind maakt positief contact, kan samenwerken en deelt affecten en emoties

5. Aanpak van de interventie

5.1 Opzet van de interventie

ArVTm is gericht op het reguleren van affect, aandacht, gedrag en emoties. Affect is te definiëren als de verzameling van interne spanningen en niet afleesbare, onbewuste gevoelens. Emotie is zichtbaar in gedrag. Voorbeeld: *machteloze woede*, waarbij woede (emotie) zichtbaar is en machteloosheid het onderliggende affect.

In ArVTm wordt in drie fasen affect, aandacht, emoties en gedrag gereguleerd door het werken met muzikale middelen en door gebruik te maken van de werkrelatie tussen kind en therapeut.

Dit hele proces heet affectregulatie omdat de onderliggende spanningen en gevoelens (affecten) altijd het uitgangspunt van de interventie vormen. Deze interventie bevordert gehechtheidsgedrag van het kind en vermindert gedrags- en emotionele problemen.

De therapie vindt wekelijks plaats, individueel in sessies van drie kwartier tot een uur, gedurende een half jaar tot anderhalf jaar.

Voorafgaand aan- en tijdens de behandeling geeft de vaktherapeut de opvoeders psycho-educatie, uitleg over de aanpak per fase en adviezen over de bejegening. Tussentijdse therapiedeelname van de opvoeders kan gewenst zijn.

5.2 Inhoud van de interventie

ArVTm is een gefaseerde behandeling, waarbij de drie fasen elk een specifieke functie hebben en afhankelijk zijn van resultaat in de voorgaande fase. De muzikale middelen die ingezet worden bestaan uit muziekinstrumenten en audioapparatuur.

5.2.1 Fasering

Spanningsregulatie fase

De therapeut richt zich op het zo veel mogelijk wegnemen van spanningen.

In de eerste fase van de therapie ervaart het kind dat zijn spanningen kunnen worden gereguleerd.

Het kind leert hulp en sturing van de therapeut verdragen en wanneer dit leidt tot een ontspannen houding van het kind kan worden overgegaan tot de volgende fase.

Aandachtsregulatie fase

In deze fase leert het kind zijn aandacht te richten, vast te houden en te verdelen. Het kind onderzoekt de omgeving en raakt lichamelijk betrokken bij het werken met muzikale middelen (bijvoorbeeld: het kind gaat meebewegen tijdens het muziek maken, zweet, wordt rood, etc). Initiatief en expressie in gedrag en taal worden gestimuleerd.

Affectregulatie fase:

De derde fase bestaat uit meerdere stappen. Het kind gaat herkennen wat het voelt in het muziek maken en wordt letterlijk erkend in wat het op dat moment beleeft. Het kind gaat daarbij verschillende gradaties van spanning, gevoelens (affecten) en emoties onderscheiden, intentioneel betekenis geven en wisselt hierover in toenemende mate uit (verbaal en non-verbaal). Het kind wordt gestimuleerd om te verwoorden en vanuit andermans perspectief te kijken. Positieve wederkerige interacties nemen toe, zoals initiatief nemen en uitnodigen. Samenwerken gaat meer vanzelf.

5.2.2 Rol van de vaktherapeut

De vaktherapeut organiseert en bewaakt het therapieproces. De vaktherapeut informeert ouders over de interventie en biedt psycho-educatie en begeleiding bij de bejegening.

Tijdens de behandeling verandert de houding van de vaktherapeut gedurende de verschillende fasen van aansluitend en afstemmend, naar meer wederkerigheid biedend.

Houdingsverschil per fase:

Algemeen houdingsaspect is dat de vaktherapeut mentaliserend is, d.w.z. dat de vaktherapeut het kind voordoet, hoe het kan denken/voelen over zichzelf en de ander (Allen, Fonagy en Bateman, 2008).

In de **spanningsregulatiefase** voorkomt de vaktherapeut dat het kind overspoeld raakt door spanningen, gevoelens (affecten) en emoties. Het kind wordt uitgenodigd om aanwezig te zijn in het muziektherapielokaal met de vaktherapeut, de werkvormen worden afgestemd op het kind aangeboden zodat het kind zich aangemoedigd voelt om aan het werk te gaan en (positieve) ervaringen op te doen. De vaktherapeut reguleert hiermee extern de affecten van het kind.

De vaktherapeut werkt in deze fase in de interactie (in de muziek en in non-verbale houding) met de techniek van 'gelijke spiegeling' (congruent) d.w.z. hetzelfde teruggevend in gelijk tempo op gelijke wijze. Als merkbaar is dat de spanningen bij het kind oplopen, dan trekt de vaktherapeut de verantwoordelijkheid hiervoor naar zich toe door het reguleren van de affecten en te zorgen voor het herstel van het contact. Dit doet de vaktherapeut door de 'mis-match' voor zichzelf te mentaliseren (Allen, Fonagy en Bateman, 2008).

In de **aandachtsregulatiefase** steunt en stimuleert de vaktherapeut het kind om de verschillende muzikale middelen te onderzoeken en ontdekken. De vaktherapeut richt de aandacht van het kind door zelf mee te doen en verwoordt wat het kind ziet, hoort, ruikt en voelt. Het zintuiglijk beleven wordt verlengd en de fysieke betrokkenheid in de ervaring wordt bekrachtigd.

De vaktherapeut heeft een houding die 'not knowing' wordt genoemd (Allen, Fonagy en Bateman, 2008), waarbij samen onderzoeken centraal staat. De vaktherapeut is daarbij niet gefocust op de statische maar op de ontluikende gemoedstoestand (Verfaillie, 2011). De vaktherapeut neemt dus een houding aan van 'niet weten', maar samen met het kind *willen ontdekken*, onderzoeken en het kind graag willen begrijpen.

In de **affectregulatiefase** is de vaktherapeut in toenemende mate gericht op het expliciet maken van de verschillen tussen "ik en de ander". De vaktherapeut maakt bij de activiteiten duidelijk dat zij hetzelfde anders kan beleven dan het kind en dat het kind het anders kan beleven dan de therapeut. Dit gebeurt door *gemarkeerde spiegeling*. Daarbij gaat het om spiegeling waarvan duidelijk is dat het niet de expressie van eigen gevoelens van het kind is maar een reactie van de vaktherapeut, die in aangepaste vorm teruggeeft wat het kind ervaart (Verfaillie, 2011).

5.2.3 Materialen

Om deze therapeutische interventie te kunnen doen is een goed ingericht muziektherapielokaal nodig. De keuze van muzikale middelen wordt afgestemd op het kind ingezet en in dienst van de doelen van de fase. De belevingswaarden van de muziek op slag-, toets-, snaar-, strijk-, blaasinstrumenten en van de instrumenthantering worden ingezet (Kliphuis, 1973) tijdens improviserend werken om het therapieproces vorm te geven. Hiermee stuurt en beïnvloedt de vaktherapeut de spanningsregulatie, de aandachtsregulatie en de gevoelsregulatie. Improviserend werken is mogelijk met muziek omdat muziek intrinsieke eigenschappen heeft waarmee een bepaalde afgestemde keuze wordt gemaakt. Tijdens het therapieproces haalt de vaktherapeut passende eigenschappen van de muziek en de muzikale middelen naar voren om in het moment regulerend te kunnen werken. In elke fase is verscheidenheid belangrijk.

Muziekimprovisatie technieken per fase:

Het muziektherapiemodel van Wigram (2004) is gebaseerd op improvisatie van therapeut met de cliënt. Wigram beschrijft muzikale communicatiestructuren die goed passen bij de functie van de drie fasen. Ook improvisatietechnieken van Bruscia (1987) zijn geschikt om naar fase in te zetten.

In de eerste fase van de behandeling zorgt de vaktherapeut in de muzikale interactie voor een gelijkheid en gelijktijdigheid. Dit wordt 'Mirroring' genoemd en heeft de functie om de cliënt te ondersteunen om spanning te laten dalen door de gelijke puls beweging, waarbij de therapeut niets nieuws toevoegt, maar voor stabiliteit en voorspelbaarheid in het spel zorgt. Hiermee worden positieve en controleerbare ervaringen beoogd.

In de tweede fase van de behandeling wordt gebruik gemaakt van de muzikale improvisatietechniek 'Matching'. D.w.z. vanuit een gedeelde puls, ontstaat een blijvende beat, die door Poismans (2010) "shared time" genoemd wordt. Op deze blijvende beat wordt passend gevarieerd. De ervaring dat het soms niet past ('mismatch'), wordt geaccepteerd en geeft de muziek een nieuwe wending. Er kan meer gebruik worden gemaakt van timbre-(klankkleur) van de verschillende muziekinstrumenten. De beleving in en met de muziek wordt door de vaktherapeut bevestigd en gestuurd.

In de derde fase van de behandeling worden muzikale middelen ingezet om verschil tussen 'ik en de ander' te stimuleren. Het kind gaat daarnaast betekenis geven aan de eigen vormgeving. De twee muzieklijnen op

instrumenten van cliënt en therapeut worden onafhankelijker van elkaar, geven elkaar antwoord, nodigen elkaar uit en maken samen een hoogtepunt, waarna wederzijds een gemeenschappelijke afronding wordt gezocht. Deze techniek wordt 'Dialoguing' genoemd. Het is een muzikaal gesprek, waarin verwachting ligt en gevoelsverschillen uitgewisseld worden.

6. De ontwikkelgeschiedenis

6.1 Ontstaan van de interventie

De interventie ArVTm is ontstaan door casuïstiek te analyseren in de landelijke intervisiegroep van het Netwerk Vaktherapie Muziek en Beeldend. De intervisiegroep is geaccrediteerd door de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen (SRVB) en opgericht in 2009 door Wijntje van der Ende, geregistreerd vaktherapeut muziek en beeldend. Uit de analyse en studie is een overkoepelende theoretische visie ontstaan, die uitgroeide tot het huidige ontwikkelingsmodel gebaseerd op gehechtheidstheorie, affectregulatietheorie, mentaliseren en de mogelijkheden van beeldende kunst en muziek. De middelen worden apart ingezet in therapieën. Gemotiveerd door positieve behandelresultaten met Affectregulerende Vaktherapie *beeldend* of *muziek* in verschillende instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, (o.a. Accare, AMBIO, Sophia KinderZiekenhuis, Centrum Autisme Rivierduinen, Dichterbij) is de therapiemethode beschreven. De behandelmethode is in de ontwikkelfase van practice based evidence naar evidence based practice en zal in een volgend ontwikkelingsstadium transdiagnostisch worden beschreven naar indeling van Heycop ten Ham, (2014).

6.2 Vergelijkbare interventies

Voor kinderen boven de 7 jaar met problematische gehechtheid zijn er weinig behandelingen. Vijf van de zes erkende behandelingen zijn voor kinderen onder de 7 jaar. In de Databank Effectieve Jeugdinterventies is slechts één interventie erkend, die ook geschikt is voor kinderen ouder dan 7 jaar: de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) (Sterkenburg & Schuengel, 2008) voor kinderen met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen.

Overeenkomsten en verschillen:

Overeenkomst met de ITGG is het werken vanuit gehechtheidstheorie, in fasen die voorwaardelijk aan elkaar zijn. De keuze om met het kind te werken en niet met de opvoeder is ook een overeenkomst, evenals het voorlichten van de opvoeder. Verschil met de ITGG is dat binnen de Affectregulerende Vaktherapie *muziek* geen gedragstherapie plaats vindt, maar dat gestreefd wordt naar vermindering van gedrags- en emotionele problemen en verbetering van gehechtheidsgedrag door ontwikkeling van affectregulerend en mentaliserend vermogen.

6.3 Toegevoegde waarde vanuit de vaktherapie.

De toegevoegde waarde van ArVTm is de mogelijkheid van non-verbale, afgestemde inzet van muziek improvisaties. Specifieke toegevoegde waarde is dat het muzikale proces een hoorbaar proces is met een begin en een eind. Eerst heb je niets en dan heb je iets. Het kind ervaart in vaktherapie muziek dat het handelen (gedrag) een positief resultaat geeft (een klinkend stuk). Dit positieve proces en positieve product wordt door de vaktherapeut muziek bevestigd, mogelijk door het maken van opnames.

Op het muzikale proces en product kan gereageerd worden door de omgeving (therapeut en anderen) waardoor gevoelens gezamenlijk beleefd en gedeeld kunnen worden. Door afstemming en spiegeling kan binnen het muzikale proces de belevingswaarde van tempo en intensiteit in de muziek gereguleerd worden

zodat emotionele- en gedragsproblemen van het problematisch gehechte kind geleidelijk afnemen en het vertrouwen toeneemt waardoor het kind gestimuleerd wordt om verder te gaan in het therapeutische proces en daarmee tot ontwikkeling komt.

Een toegevoegde waarde van ArVTm is ook vergroting van het aanbod van behandelingen voor deze doelgroep. Vaak is het moeilijk om problematisch gehechte kinderen uitsluitend gedragsmatig te behandelen. Als er geen sprake is van een band werkt bij deze doelgroep een belonende en negerende aanpak onvoldoende. In ernstige gevallen zou problematische gehechtheid er ook aan kunnen bijdragen dat het kind helemaal niet meer te beïnvloeden is door middel van sociale goedkeuring of afkeuring. Dit beperkt de mogelijkheden voor het geven van gedragstherapie, juist omdat daarbij wordt gewerkt met sociale gedragsbeïnvloeding (Arentz, Sterkenburg & Stolk, 2010). De mogelijkheid van multidisciplinair samenwerken met CGT (Cognitieve Gedrags Therapie) en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) is ook een meerwaarde van de ArVTm. De vaktherapeut kan zowel voorbereidend, ondersteunend als consoliderend samenwerken naast en met andere disciplines.

7. Onderbouwing van de interventieaanpak

7.1 Factoren die het probleem veroorzaken

De Richtlijn Problematische Gehechtheid van het NJI (2014) geeft vier groepen factoren aan die kunnen leiden tot een problematische gehechtheidsrelatie.

1. Kenmerken en gedrag van de ouder;
2. Kenmerken van het jonge kind;
3. Gezins- en leefomstandigheden;
4. Stabiliteit en continuïteit in het contact tussen ouder en kind.

Citaat uit Richtlijn:

Kenmerken van het jonge kind:

Eigenschappen van het jonge kind spelen een belangrijke rol in het ontstaan van een gehechtheidsrelatie met de ouder(s). Kinderen die te vroeggeboren zijn, huilen bijvoorbeeld harder en op een hogere toonhoogte dan voldragen kinderen. Dat kan irritatie oproepen. Ook een moeilijk temperament stelt hoge eisen aan de ouder. Kinderen met een moeilijk temperament reageren vaak heftiger op prikkels, zijn vaker in een negatieve stemming en hebben een minder regelmatig slaap- waakritme dan kinderen met een gemakkelijk temperament. Voor de ouders is het daardoor moeilijker om sensitief op signalen te reageren en soepel met het kind om te gaan. Toch kunnen kinderen die te vroeggeboren zijn of een moeilijk temperament hebben wel degelijk veilige gehechtheidsrelaties met hun ouder(s) ontwikkelen.

Verondersteld wordt dat gehechtheid niet alleen biologisch, maar ook cognitief bepaald is. Bij de vorming van een gehechtheidsrelatie ontwikkelt het kind een werkmodel van gehechtheid waarin verwachtingen ten aanzien van de ouder en zichzelf liggen opgeslagen. Voor kinderen met een autistische stoornis en/of verstandelijke beperking is het moeilijker om voorspelbare patronen over de ouder in het geheugen op te slaan.

Ook voor ouders van kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB) of ontwikkelingsstoornissen is het moeilijker om een veilige band op te bouwen met dat kind. Onderzoek laat zien dat deze kinderen minder en moeilijk afleesbare signalen afgeven, waardoor het voor ouders lastiger is om sensitief te reageren op het kind en positieve wederkerige interacties te hebben.

ArVTm richt zich vooral op de kindfactor en biedt psycho-educatie aan ouders/verzorgers. Als er grote afstemmingsproblemen zijn kan deze therapie gecombineerd worden met andere interventies die aansluiten op de ouderfactor bv. behandeling met Basic Trust.

7.2 Factoren die d.m.v. de interventie aangepakt worden

De interventie ArVTm sluit met name aan op factor 2. 'Kenmerken van het jonge kind'. Zoals hierboven beschreven, heeft deze factor te maken met de moeilijkheid van afleesbaarheid van kinderen met een problematische gehechtheid (mogelijk door een stoornis zoals autisme of LVB).

De interventie beoogt niet rechtstreeks de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind op te bouwen maar wel gehechtheidsgedrag bij het kind te ontwikkelen, wat generaliseert naar andere belangrijke relaties. Omdat kinderen met meerdere mensen tegelijk gehechtheidsrelaties kunnen onderhouden (Juffer, 1993), kan de behandelaar na het opbouwen van gehechtheidsgedrag in de therapie werken aan het verbreden van het netwerk van gehechtheidsrelaties (Sterkenburg, 2008). Daarnaast ondersteunt de vaktherapeut de primaire verzorgers bij het leren aflezen van onderliggende gevoelens en spanningen van het kind en om gedrag(s-problemen) beter te kunnen begrijpen en om te buigen. Dit om het effect van therapie te vergroten en de transfer te bevorderen.

7.3 Theoretische verantwoording

Een onveilige gehechtheid vormt een risicofactor voor het ontwikkelen van sociaal-emotionele problematiek en probleemgedrag op latere leeftijd (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn & Juffer (2003), Van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg (1999), Oosterman & Schuengel (2009), Fearon, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Lapsley & Roisman (2010) en Stams, Juffer & Van IJzendoorn (2002).

Uit de meta-analyse van Fearon et al (2010) blijkt dat er weliswaar een gering, maar wel significant verband is tussen onveilige gehechtheid en externaliserende problemen ($d = 0.31$). Met name geldt dit voor gedesorganiseerde gehechtheid ($d = 0.34$).

Uit de meta-analyse van Colonesi et al (in press) blijkt dat dat ook geldt voor de relatie tussen onveilige gehechtheid en angst ($d = 0.63$), een belangrijk kenmerk van internaliserende problematiek. Dit geldt het sterkst voor ambivalente gehechtheid ($d = 0.80$). Ook Brumariu & Kerns (2010) vonden een relatie tussen onveilige gehechtheid en internaliserende problemen.

De gedrags- en emotionele problemen van kinderen met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen zijn onderzocht door Meurs en Cluckers (2003), die per stoornis bepaalde afwijkende affectinterpretaties vonden. De gedrags- en emotionele problemen lijken direct verband te houden met zwakke affectregulatie (het reguleren van spanning en gevoelens) in de vroege relatie tussen kind en opvoeder (Meurs, et al, 2008). Een adequate interpretatie (evaluatie van de beleving) door het kind van eigen affecten (spanning en gevoelens) wordt d.m.v. ArVTm beoogd.

Theoretische referentiekaders

ArVTm ontwikkelt alsnog het vermogen tot **affectregulatie**, door het kind in de improviserende **interactie** met muzikale middelen te leren omgaan met spanning, aandacht en het herkennen en hanteren van verschillende gevoelens, om zo tot een adequatere evaluatie van eigen gevoelens en die van de ander te komen. Dit gebeurt in een **mentaliserende** werkrelatie, waarin tevens **gehechtheidsgedrag** wordt gestimuleerd.

Gehechtheid

Gehechtheid is door Bowlby (1984) gedefinieerd als een benaming voor het verschijnsel dat kinderen nabijheid zoeken bij een vertrouwde volwassene in tijden van spanning.

De manier waarop ouder en kind met elkaar communiceren geeft vorm aan de gehechtheidsrelatie (Vliegen, 2006; Schuengel, Venmans, IJzendoorn & Zegers, 2006). Wanneer ouders de signalen van hun kind accuraat waarnemen en daar adequaat op in gaan, wordt er gesproken over sensitief, responsief ouderschap (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Verloopt deze zorg goed, dan ontstaat er een veilige gehechtheid, die zorgt voor een juiste regulatie van spanning en gevoelens (Lyons-Ruth, 1999; Cassidy, 1994).

Mentaliseren

Empirisch gehechtheidsonderzoek toont aan dat onveilige gehechtheid van invloed is op het niveau van mentaliseren (Fonagy et al., 2002). Mentaliseren ontstaat doordat het kind merkt dat de opvoeder zijn gevoelens begrijpt, maar niet op dezelfde manier beleeft. Geleidelijk ontstaat zo bij het kind een mentale voorstelling van gevoelens en leert het ook reflecteren op gevoelens en intenties van anderen. Het mentaliseren heeft dus zowel een zelfreflectieve - als een interpersoonlijke component (Deben-Mager, 2005). Een kind kan zijn persoonlijke ervaringen betekenis geven als de opvoeder deze herkent en spiegelt (Bateman & Fonagy, 2004). Een gebrek aan mentaliserend vermogen heeft invloed op het ontstaan van gedrags- en/of emotionele problematiek (Bandura, 1978; Calkins & Dedmon, 2000; Eisenberg & Losoya, 1997; Schore, 2001; Zeman, Shipman & Suveg, 2002).

Omdat bij problematische gehechtheid het mentaliserend vermogen niet goed tot stand kan komen, ontstaat er ontregeling van spanning en gevoelens bij het kind (Meurs, 2009).

Affectregulatie

In ontwikkelingsperspectief gezien is affectregulatie volgens Fonagy et al (2003) en Meurs (2009) een voorloper van mentaliseren. Volgens Meurs moet de focus binnen de theorie van het mentaliseren bij kinderen gelegd worden op de affectregulatie.

Affectregulatie is (Meurs, 2009) het reguleren van spanningen en gevoelens in een wederzijdse relatie. Het affectregulerend vermogen ontwikkelt zich aan de hand van de volgende deelprocessen:

- *het reguleren van de intensiteit van affecten* (spanningen en gevoelens) als voorwaarde om *onderscheid te kunnen gaan maken in positieve of negatieve beleving van gevoelens* (affectdifferentiatie) als voorwaarde om
- *zichtbare gevoelscategorieën te leren herkennen* (emoties) als voorwaarde om
- *gevoelens verbaal uit te gaan wisselen* (taal te geven aan emoties).

Een verstoring van affectregulatie kan betrekking hebben op meerdere aspecten van gevoelsbeleving: intensiteit, aangenaamheid, controle en de frequentie van negatieve - en positieve affectcategorieën (Toth&Chincetti 1997) , (Bradley, 2000).

Om de veelzijdigheid van affectregulatie tot zijn recht te laten komen is fasering nodig waarin eerst spanningsregulatie en aandachtsregulatie plaatsvindt (Fonagy et al., 2002).

Omdat kinderen met problematische gehechtheid niet goed om kunnen gaan met spanningen (Oosterman & Schuengel 2009), beleven deze kinderen hun eigen gevoel snel als onaangenaam. Door te hoge intensiteit kunnen zelfs positieve gevoelens negatief beleefd worden (Meurs & Vliegen, 2008).

Vaktherapeutische behandelvisie

Armstrong (2013) stelt dat affectregulatie een belangrijk onderdeel is van de interactie tussen kind en vaktherapeut. De vaktherapeut compenseert de vaardigheden en het gedrag die horen bij sensitief opvoeden door een positieve interactie op te bouwen die vervolgens door het kind geïnternaliseerd kan worden (Howe, 2006).

Vaktherapie muziek is geschikt voor non-verbale afstemming (Stern, 2010), omdat er middelen kunnen worden ingezet die gehoord, gevoeld en ervaren kunnen worden. Dat heeft een meerwaarde in de behandeling van kinderen met een problematische gehechtheid, omdat een groot deel van de behandeling op non-verbaal niveau plaats moet vinden. Immers de problemen met affectregulatie bij een problematische gehechtheid zijn ontstaan in de pre-verbale fase (Stern 2000). Met woorden en instructies worden deze kinderen niet bereikt.

In de pre-verbale ontwikkeling zijn communicatieve interactiepatronen te onderscheiden die ook de in de ArVTm interventie ingezet worden (Greenspan en Wieder 1997).

De opeenvolgende patronen zijn:

- wederzijdse aandacht
- wederzijdse betrokkenheid
- interactieve intentionaliteit en wederkerigheid
- representatieve affectieve communicatie
- representatieve, symbolische communicatie.

De aangegeven ontwikkelingsvolgorde bevestigt de fasering van de interventie om eerst wederzijdse aandacht tot stand te brengen, waarna betrokkenheid, intentionaliteit en affectieve communicatie op gang kan komen.

Wetenschappelijk onderzoek

Er zijn nog geen gegevens uit onderzoek bekend. Wel is er onderzoek volgens de systemische N=1 onderzoeksmethode (Spreeuwer, 2013) in voorbereiding sinds 2013 d.m.v. het landelijk Project Affectregulerende Vaktherapie. Partners in het project zijn Hogescholen voor Vaktherapie, Stenden, HAN, HU, beroepsorganisatie FVB, Orthopedagogisch Behandel Centrum AMBIO.

Met andere onderzochte en effectief bevonden behandelingen is de volgende overeenkomst te zien: Er is overeenkomst met de Integratieve Therapie Voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG), (Sterkenburg en Schuengel, 2008). De ITGG start net als de Affectregulerende Vaktherapie muziek eerst met het reguleren van spanning middels technieken gebaseerd op de gehechtheidstheorie. Er is ook overeenkomst met Mentaliserend Bevorderende Therapie (Bateman en Fonagy, 2004) die wetenschappelijk onderzocht is en effectief is bevonden. De affectregulerende vaktherapeut heeft net als in de MBT-therapeut een mentaliserende houding: de therapeut laat het kind zien dat het kan denken/voelen over zichzelf en vanuit andermans perspectief (Allen, Fonagy en Bateman, 2008).

Affectonderzoek door Meurs en Cluckers (2003) betreffende affectinterpretatie en emotieregulatie is uitgevoerd bij kinderen tussen 6 en 12 jaar. De kinderen kregen een jaar lang kinder-psychotherapeutische behandeling gericht op affectregulatie.

Meurs en Cluckers stellen dat kinderen met externaliserende stoornissen door de behandeling hun affectieve ontwikkelingstaken weer opnemen en beter voltooien door het reguleren van intensiteit en het tot stand brengen van een duidelijk onderscheid tussen aangename en onaangename gevoelens.

Meurs en Cluckers stellen dat kinderen met internaliserende stoornissen door de behandeling hun affectieve ontwikkelingstaken uit latere ontwikkelingsfasen weer op pakken, door de regulatie van intens positieve gevoelens, van gevoelens van woede en de tolerantie van passiviteit en ontspanning. Metingen bij dit onderzoek zijn gedaan met de IFP test (Meurs en Vliegen 2008).

Wetenschappelijk onderzoek van Malloch en Trevarthen (2009) toont aan dat de auditieve uitwisseling tussen kind en volwassene tijdens de gehechtheidsperiode alle kenmerken heeft van een zich muzikaal ontwikkelend samenspel. (Klank, ritme, dynamische structuur, hoogtepunt, afsluiting en herhaling met rustpauzes). Van deze vroeg muzikale gesprekken zijn partituren verzameld en onderzocht. Uit mini-motieven ontstaat steeds opnieuw een gemeenschappelijk visueel en auditief narratief, dat plezierig wordt afgerond. Het tijdsinterval is ongeveer 26 seconden tussen de herhaling van de communicatieve patronen. De hantering van genoemde muzikimprovisatietechnieken sluiten nauw aan bij de functie van de ontwikkelingsfasen. De improvisatietechnieken van Wigram (2004) passen in de affectregulatieprocessen die per fase centraal staan. Op microniveau vormt de muziektherapeut een sensitief en responsief contact door op de muziek van de cliënt in te 'tunen' vanuit de narratieve structuur die Malloch (2009) ontdekte. Het even langer pauzeren en teruggaan op zichzelf doet de vaktherapeut om spanning te verminderen en opnieuw ruimte te maken om te kijken of het kind uit zichzelf gaat afstemmen op de therapeut en uiteindelijk op de volwassene.

Het inzetten van muzieksamenspel ontwikkelt gedeelde aandacht in gelijktijdige actie, waarbij het synchroniseren leidt tot imiteren en aanleren van anticiperen. Door simulatie komt er een mentale voorstelling op gang, van wat er zou kunnen gaan klinken. Deze basale muzikale interactieprincipes zijn onderzocht in het researchproject "Brain and Art" door Phillip-Silver & Keller (2012). Er wordt verondersteld dat dit overeenkomstige kenmerken zijn van 'bonding' in de vroege moeder-kind interactie (Cross, 2001).

Werkzaamheid in de praktijk

In instellingen waar ArVT wordt gegeven, bij o.a. Accare, REIK, AMBIQ, Sophia Kinder Ziekenhuis, Centrum Autisme Rievierduinen, Dichterbij, Intermetzo, GGZON en Praktijk Leutscher worden de resultaten meegenomen in ROM-metingen en met CBCL gemeten, met positieve resultaten. De resultaten zijn nog niet geordend.

7.4 Werkzame elementen

Twee nauw met elkaar samenhangende elementen worden tegelijkertijd improviserend, afgestemd op het kind in een bepaalde fase van de behandeling, ingezet

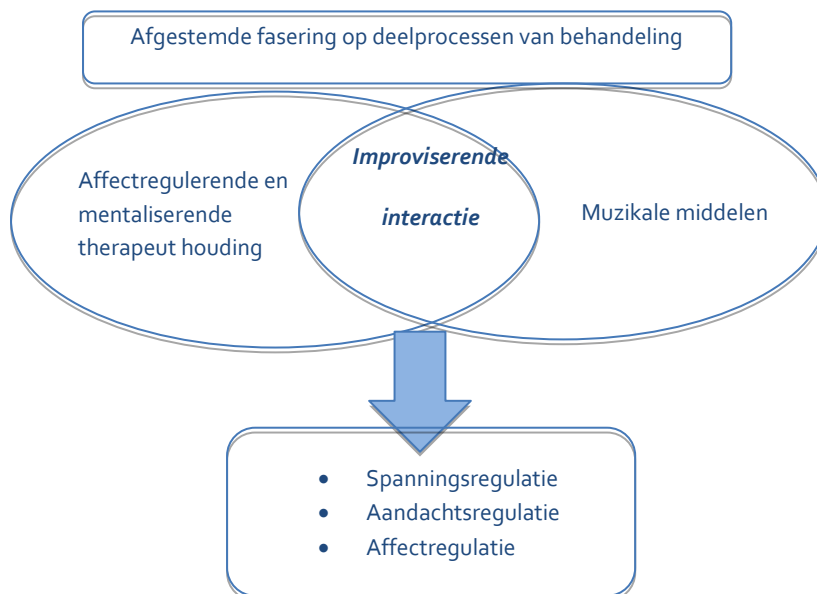
- Affectregulerende en mentaliserende therapeuthouding
- Muzikale middelen

Affectregulerende en mentaliserende therapeutische houding

De vaktherapeut is sensitief en responsief en mentaliserend. De vaktherapeut volgt de gedragingen van het kind en het tempo van het kind en past zijn interventies daarop aan. De vaktherapeut is sensitief en responsief en mentaliserend op de afleesbare – en niet afleesbare gevoelens (affecten). Tijdens de behandeling verandert de houding van de vaktherapeut gedurende de verschillende fasen van aansluitend en afstemmend, naar wederkerigheid en differentiatie bevorderend.

Inzet muzikale middelen

De vaktherapeut zet muzikale middelen improviserend in om het therapieproces vorm te geven en te beïnvloeden. De keuze van muzikale parameters en instrumenten wordt afgestemd op het kind ingezet om te kunnen werken aan de doelen per fase; spanningsverlaging, aandachtsregulatie en affectregulatie.



Schema werkzame elementen Affectregulerende Vaktherapie (Van der Ende, Nieuwenhuis en Van der Vlugt, 2015)

8. Randvoorwaarden en kosten van de uitvoering

8.1 Type organisatie

Organisatorische randvoorwaarden

- Om deze therapeutische interventie te kunnen doen is een goed ingerichte muziektherapielokaal nodig met een verscheidenheid aan muzikale middelen zoals muziekinstrumenten en audioapparatuur. Het is een rustige therapieplek, het lokaal wordt ordelijk gebruikt en heeft mogelijkheden voor opbergen van de instrumenten. De vaktherapeut zorgt voor de aanschaf van muzikale middelen.
- Betrokkenheid van de primaire verzorger is een voorwaarde.

Materialen

- Handboek in ontwikkeling
- Brochure voor verwijzers in voorbereiding

Randvoorwaarden voor de cliënt

- Frequentie van wekelijkse deelname aan therapie
- Overdracht betreffende aanpak en bejegening aan ouders/verzorgers/opvoeders

Organisatie

- Jeugdpsychiatrische instellingen, jeugdzorg, orthopedagogische behandelcentra.

8.2 Opleiding en competenties

- De vaktherapeut heeft de HBO-opleiding vaktherapie muziek afgerond en nascholing gevolgd in Training Affectregulerende Vaktherapie, Gehechtheid, Mentaliseren Bevorderende Therapie, Affectregulatietherapie.
- Vaktherapeuten zijn geregistreerd of kandidaat geregistreerd bij de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen.. Zij zijn lid van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB).

8.3 Kosten van de interventie

Informatie op de website www.affectregulerendevaktherapie.nl

Verplicht:

- Training Affectregulerende Vaktherapie.
- Aanschaf handboek Affectregulerende Vaktherapie (in ontwikkeling).

Aanbevolen:

- Cursus Mentaliseren in vaktherapie
- MBT basiscursus
- ART Affect Regulatie Therapie

8.4 Kwaliteitsbewaking

- Vaktherapeuten die Affectregulerende Vaktherapie toepassen nemen deel aan het FVB Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie waar vaktherapeuten vier keer per jaar hun praktijkervaringen uitwisselen en casuïstiek analyseren aan de hand van het Ontwikkelingsschema Affectregulerende Vaktherapie (Ende, W. G. van der, 2015).

9. Subtypen

De gedrags- en emotionele problemen van kinderen met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en trauma- en stressor gerelateerde stoornissen vertonen overeenkomst met de gedrags- en emotionele problemen van kinderen met een problematische gehechtheid. Daarom zullen binnenkort subtypes van Affectregulerende Vaktherapie methode beschreven worden voor kinderen met LVB, ASS, ADHD, stabilisatie bij PTSS en Leerstoornis.

Gebruikte literatuur

- Achenbach, T.M. (2001). *Child Behavior Checklist for ages 6 to 18*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., e.a. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, nj: Erlbaum.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & A.W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Arentz, G.M.H.J., Sterkenburg, P.S., & Stolk, J. (2010). *Care for people with learning difficulties and with a visual impairment: A train the trainers program*, pp. 371-373 In Contemporary Issues in Intellectual Disabilities. J. Merrick (ed). New York, Prasher.
- Armstrong, V.G. (2013). *Modelling attuned relationships in art psychotherapy with children who have had poor early experiences*. The Arts in Psychotherapy, Volume 40, Issue 3, Pages 275–284
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). *Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood*. Psychological Bulletin, 129 (2), 195-215.
- Bandura, A. (1978). *Social Learning Theory of Agression*. Journal of Communication, 28 (3), 12-29.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder; Mentalization based Treatment*. Oxford: Oxford University Press
- 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 and Adolescent Psychiatry, 44, 1206-1219.
- Bowlby, J. (1984). *Attachment and Loss*. Volume 1: Attachment. London: Penguin Books.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Madison: International Universities Press.
- Brumariu, L.E., & Kerns, K.A. (2010). *Parent-child attachment and internalizing symptomatology in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions*. Development and Psychopathology, 22, 177 - 203.
- Bruscia, K.E. (1987). *Improvisational models of musictherapy*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Calkins, S. D., & Dedmon, S. A. (2000). *Physiological and behavioural regulation in two year-old children with aggressive/destructive behaviour problems*. Journal of Abnormal Child Psychology, 28, 103-118.
- Cassidy, J. (1994) *Emotionregulation: influences of attachment relationships*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59: 228–249. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x.

- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Van der Bruggen, C.O., Bögels, S. M., & Noom, M.J. (2011). *The relation between attachment and child anxiety: a meta-analytic review*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology
- Deben-Mager, M. (2005). *Gehechtheid en mentaliseren*. Psychoanalytische Perspectieven, 23 (1), 1-18.
- Dosen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.
- Eisenberg, N., & Losoya, S. (1997). *Emotionality and regulation predict social competence, problem behavior*. Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, 13, 1-3.
- Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Lapsley, A., & Roisman, G.I. (2010). *The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study Source*. Child development, 81 (2), 435-456.
- Fonagy, P., Geergeley., G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affectregulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Greenspan, S.I. & Wieder, S. (1997) *Developmental Patterns and Outcomes in Infants and Children with Disorders in Relating and Communicating: A Chart Review of 200 Cases of Children with Autistic Spectrum Diagnoses*. The Journal of Developmental and Learning Disorders, 1:87-141.
- Heycop ten Ham, v., B (2014) *Transdiagnostische factoren. Theorie en praktijk*. Uitgeverij Boom
- Howe, D. (2006). *Developmental attachment psychotherapy with fostered and adopted children*. Child and Adolescent Mental Health, 11(3), 128–134
- IJzendoorn, v., M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). *Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors concomitants, and sequelae*. Development and Psychopathology, 11, 225-249.
- Janssen, G.C. (2007). *Gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking*. Onderzoek en praktijk. Tijdschrift voor de LVG-zorg, 5: 34-38.
- Juffer, F. (1993). *Kinderen, ouders en primaire gehechtheid*. Gezin, 5(4): 226-240.
- Kliphuis, M.A.R. (1973) *Het hanteren van creatieve processen in vorming en hulpverlening*. In L. Wils (red.). Bij wijze van spelen. Alphen aan den Rijn Uitg. Samsom.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). *Attachment Disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies*. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications (pp. 520 - 554). Guilford Press.
- Malloch, S., and Trevarthen, C. (2009). *Musicality: Communicating the vitality and interest of life*, blz 1-11). In Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship. Oxford: Oxford University Press.
- Meurs, P. (2009). *Affectregulatietherapie (ART) als ontwikkelingsfase-specifiek equivalent van mentalisatiebevorderende therapie (MBT)*. In Vliegen, N., Meurs, P. & Lier, L. van (Red.)
- Meurs, P. & Cluckers, G. (2003) *Normale en pathologische ontwikkeling van affectieve structuren: ontwikkelingspsychopathologisch perspectief op stoornissen in de affectregulatie*. In P. Hamers, K. Van Leeuwen, C. Braet & Verhofstadt-Denève (red.). Moeilijke kinderen of Kinderen die het moeilijk hebben? Evidence-based werken, niet zo evident! (pp.37-52). Antwerpen: Garant.

- Meurs, P., Vliegen, N., Emde, R., Oforsky, J. (as contributor) Butterfield, P. (as contributor) (2008). *Affectinterpretatie en emotieregulatie. I Feel Pictures Test*. Leuven: Lannoo Campus.
- Murray, A.D. en Yingling, J.L. (2000). *Competence in language at 24 months: Relations with attachment security and home situation*. In: 'Journal of Genetic Psychology', nummer 16, p.133-140.
- O'Connor, E. en K. McCartney (2007). *Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms*. In: Journal of Applied Developmental Psychology, nummer 28, p.458-476.
- Oosterman, M. & Schuengel, C. (2009). *Gehechtheid van pleegkinderen in relatie tot gedragsproblemen en sensitiviteit van pleegouders*. Kind en Adolescent, 30, 95-107..
- Philips-Silver, J. & Keller, P.E. (2012) Searching for Roots of Entrainment and Joint Action in Early Musical Interactions. Published online 2012 .Frontier Human Neuroscience.
- Poismans, K. (2009). *Shared time, timing in de muziektherapie met autistische kinderen*. Wetenschappelijk Tijdschrift voor Autisme, 8 (1), 14-20
- Schore, A. N. (2001). *Minds in the making: attachment, the self-organising brain, and developmentally-oriented psycho-analytic psychotherapy*. British Journal of Psycho-therapy, 17 (3), 299-328.
- Schuengel, C., Sterkenburg, P.S., Jeczynski, P., Janssen, C.G.C., & Jongbloed, G. (2009). *Supporting affectregulation 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.
- Schuengel, C., Venmans, J., IJzendoorn, R. van, & Zegers, M. (2006). *Gehechtheidsstrategieën van zeer problematische jongeren*. Onderzoek, diagnostiek en methodiek. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schneider, Atkinson en Tardif (2001) *Child-parent attachment and children's peer relations: a quantitative review*. Dev Psychol. 2001 Jan; 37(1):86-100.
- Smeijsters, (2005d). *Sounding the self: Analogy in improvisational musictherapy*. Gilsum: Barcelona Publishers
- Spreen, M. (2013) *Gestapelde N=1 onderzoeken in de vaktherapie*. Trending topic. Tijdschrift voor vaktherapie, 3, 19-22.
- Stams, G. J. J. M., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2002). *Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents*. Developmental Psychology, 38, 806-821.
- Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2008). *Behandelprotocol integratieve therapie gehechtheid en gedrag*. In Braet, C. & Bögels, S. (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 409-424). Amsterdam: Boom.
- Stern, D. N. (2000). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (2010). *Forms of vitality exploring dynamic experience in psychology and arts, psychotherapy, and development*. Oxford: Oxford University Press.
- Struik, A. (2010) *Slapende honden? Wakker maken. Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pierson Assesment and information B.V.
- Thoomes-Vreugdenhil,A. (2012). *Hechtingsproblemen bij kinderen*. Lannoo

Thot, S. & Cicchetti, D. (1999). *Developmental psychopathologie and childpsychotherapy*. In S. W. Russ & T.H. Ollendick (red.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (pp. 15-43). New York/Amsterdam: Plenum Press/KluwerAcademies.

Verfaillie, M. (2011). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie*. Met casuïstiek van Smet, G. en Ende, W. G. van der. Antwerpen: Garant

Vliegen, N. (2006) *Personality and affective relational dynamics in early motherhood and in mother-infant interactions: theoretical, empirical and clinical perspectives*. Niet- gepubliceerd doctoraat, Departement Psychologie, Katholieke Universiteit Leuven, o.l.v. Gaston Cluckers en Patrick Luyten.

Vliegen, N., Meurs, P., & Meurs, Paul (Van Lier, I., Ed.) (2009). *Geduldig gereedschap*. De relatie als drager van het psychodynamisch proces. Louvain: Acco.

Wigram, T. (2004) *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy*. Londen: Jessica Kingsley Publishers.

Zeman, J., Shipman, K., & Suveg, C. (2002). *Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptomatology in children*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 393-398.

Websites

Richtlijnen jeugdzorg (2014) <http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl>

Richtlijn problematische gehechtheid (2014): <http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/>

Databank Effectieve Jeugdinterventies: www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies

Federatie Vaktherapeutische Beroepen: www.vaktherapie.nl/

Kenvak | Kenniskring Kennisontwikkeling & Vaktherapieën: www.kenvak.nl/

Register Vaktherapie: www.registervaktherapie.nl/

Bijlage

Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah, 2005; Stor & Storsbergen, 2006)

Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah 2005, Stor en Storsbergen 2006)	
Instructie	Score
Geef bij elk item in onderstaande lijst op een 5-puntsschaal aan in hoeverre het kind normaal of verstoord gedrag vertoont:	1 bijna altijd normaal 2 meestal normaal 3 soms normaal en soms verstoord 4 meestal verstoord 5 bijna altijd verstoord
Normering (Dekker en Janssen, 2010)	
a. som van de scores 0-8: verstoorde gehechtheid niet waarschijnlijk;	
b. som van de scores 8-24: mogelijk verstoorde gehechtheid;	

c. som van de scores > 24: verstoorde gehechtheid is waarschijnlijk.

De normeringen b en c vereisen verder onderzoek.

Affectie		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Toont affectie tijdens verschillende interacties in verschillende situaties	
Verstoord:	Gebrek aan affectieve uitwisseling in verschillende sociale situaties of niet passende, veelal promiscue affecties tegenover relatief onbekende volwassenen	
Voorbeeld van gedrag:	Soms	
Zoeken van troost		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Zoekt troost bij een specifieke volwassen verzorger, die daartoe speciaal wordt uitgekozen.	
Verstoord:	Zoekt geen troost bij pijn, angst of ziekte, of zoekt troost op een vreemde of ambivalente manier bij een specifiek volwassen verzorger (bv toenemende stress wanneer het kind geen troost zoekt).	
Voorbeeld van gedrag:		

Vertrouwen in de ander: zoekt hulp		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Is bereid/heeft de mogelijkheid om hulp te zoeken bij specifieke verzorgers, als een probleem te moeilijk is om alleen op te lossen.	
Verstoord:	Buitensporige afhankelijkheid van de verzorger of, als het nodig is, niet zoeken naar of gebruiken van de ondersteunende aanwezigheid van een hechtingsfiguur.	
Voorbeeld van gedrag:		

Samenwerking		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Stelt zich over het algemeen coöperatief op naar de verzorger.	
Verstoord:	Voortdurend niet ingaan op of niet nakomen van verzoeken en eisen van de verzorger is een overheersend kenmerk van de interactie; of angstige buitengewone meegaandheid t.o.v. instructies van de verzorger ("dwangmatige gehoorzaamheid").	
Voorbeeld van gedrag:		

Explorerend gedrag		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Gebruikt hechtingsfiguur als veilige basis van waaruit een nieuwe omgeving wordt geëxploreerd.	
Verstoord:	Controleert niet of de verzorger aanwezig blijft in een onbekende situatie tijdens de exploratie, of heeft zeer grote tegenzin om de verzorger te verlaten om te gaan exploreren.	
Voorbeeld van gedrag:		

Controlerend gedrag		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Weinig signalen van controlerend gedrag t/o/v/ de verzorger.	
Verstoord:	Overbezorgd en/of niet bij de leeftijd passend verzorgend gedrag t.o.v. de verzorger, buitengewoon bezig of bestraffend controleren	

	van de verzorger	
Voorbeeld van gedrag:		

Reactie bij hereniging/terugkeer		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	Zoekt bij angst troost bij hechtingsfiguur of, wanneer het kind niet angstig is, maakt het op een positieve manier opnieuw contact d.m.v. non verbale of verbale communicatie van positieve affecties, of beschrijft wat er gebeurde tijdens de scheiding.	
Verstoord:	Lukt niet om na de scheiding contact te maken met verzorger. Daarbij vertoont het kind actieve negerende/vermijdende gedragingen, intense boosheid of duidelijk gebrek aan affectie, of de stress die teweeg gebracht werd door de scheiding verdwijnt niet, of het kind vertoont gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag.	
Voorbeeld van gedrag:		

Reactie tegenover vreemden		Geef een punt van 1 tot 5
Normaal:	In eerste instantie terughoudendheid in sociaal contact met vreemden; dit is duidelijker in een onbekende omgeving.	
Verstoord:	Onmiddellijk aangaan van het contact zonder terughoudendheid in het begin, veel lichamelijk contact zonder op de verzorger te letten; bereid om de verzorger zonder protest te verlaten en met een vreemde mee te gaan.	
Voorbeeld van gedrag:		