

Modified Interaction Guidance: de werkzame elementen

- 2.1 Inleiding – 14**
- 2.2 De Modified Interaction Guidance – een eerste introductie – 14**
 - 2.2.1 Effectiviteitsonderzoek – 15
 - 2.2.2 Doelgroep – 15
- 2.3 De diagnostische fase – 16**
 - 2.3.1 De voor- en nameting met behulp van de AMBIANCE – 16
 - 2.3.2 De voor- en nameting met behulp van de WMCI – 17
 - 2.3.3 In beeld brengen van sensitief oudergedrag – 17
- 2.4 De behandelfase – 18**
 - 2.4.1 Videofeedback op zowel het sensitieve als het affectieve verstoorde oudergedrag – 18
 - 2.4.2 Versterken van sensitief gedrag en mentaliserend vermogen – 19
 - 2.4.3 Gedragstherapeutische technieken en leertheoretische principes – 20
- 2.5 De context van de behandeling – 21**
 - 2.5.1 Het belang van een veilige behandelrelatie – 21
 - 2.5.2 Onderdeel van een totaalaanbod – 22
 - 2.5.3 Professionaliteit – 22

2.1 Inleiding

De Modified Interaction Guidance (MIG) bestaat uit een diagnostische en een behandelfase; beide onderdelen van deze methodiek worden in dit hoofdstuk belicht. Er wordt allereerst een toelichting gegeven op het gebruik van de AMBIANCE (A-typical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification) en de WMCI (Working Mother Child Interviews) in de diagnostische fase. Daarnaast is er aandacht voor de motivering van de ouder voor de behandeling. Vervolgens wordt beschreven uit welke werkzaam veronderstelde elementen de behandeling bestaat. Speciale aandacht krijgt de duale gerichtheid op het zowel versterken van het sensitieve gedrag als het verminderen van het verstoorde oudergedrag. Er wordt uiteengezet hoe aan deze doelstelling wordt gewerkt met behulp van gedragstherapeutische en oplossingsgerichte methodieken. Ten slotte wordt ook beschreven hoe, impliciet, gewerkt wordt aan het mentaliserend vermogen van de ouder.

2.2 De Modified Interaction Guidance – een eerste introductie

De Modified Interaction Guidance (Benoit 2001, 2006) is een van de interventies voor zogenoemde ‘risicovolle ouders’, die zich niet alleen richt op het versterken van de sensitiviteit, maar ook op het verminderen van het verstoorde oudergedrag. De MIG is een kortdurende, gedragstherapeutische gehechtheidsinterventie die gebruikmaakt van videofeedback, waarbij de focus van de feedback exclusief op het gedrag van de ouder ligt. Alhoewel deze interventie zich niet expliciet richt op het versterken van het mentaliserend vermogen van de ouder, wordt daar tijdens de interventie wel aan gewerkt. De methode beperkt zich, wat betreft het mentaliseren, echter vooral in het zich leren verplaatsen in de wereld van het kind. Zo leert de ouder dat haar kind een intentioneel wezen is met een eigen belevingswereld. De methode richt zich daarentegen niet direct op het bespreken en/of veranderen van de interne representaties die de ouder heeft van zichzelf en de invloed die deze representaties hebben op het ouderschap (Fonagy en Target 2005).

De MIG bestaat uit een diagnostische fase en een behandelfase. In de diagnostische fase wordt het oudergedrag gemeten aan de hand van de AMBIANCE (A-typical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification). Daarnaast worden ook de representaties die de ouder heeft ten aanzien van het ouderschap en het kind in beeld gebracht met behulp van de WMCI (Working Mother Child Interviews). In de behandelfase wordt, in vijf à zeven sessies, zowel het sensitieve gedrag als het verstoorde oudergedrag volgens een vast protocol besproken, met als doel een vermindering van het verstoorde gedrag en een toename van het sensitieve gedrag van de ouder. Impliciet wordt ook gewerkt aan het mentaliserend vermogen van de ouder.

2.2.1 Effectiviteitsonderzoek

De effectiviteit van de MIG is onderzocht bij een groep jonge kinderen met voedingsproblemen (Benoit et al. 2001). Uit dit onderzoek is gebleken dat de MIG een gunstig effect heeft op de verstoorde communicatie tussen ouders met onverwerkt trauma en hun kinderen. De duale doelstelling, met zowel een gerichtheid op het versterken van de sensitiviteit als een reductie van het verstoorde oudergedrag, lijkt daarbij een belangrijke rol te spelen.

Onderzoek van Madigan et al. (2006) doet veronderstellen dat vooral in de eerste drie sessies een positieve verandering kan plaatsvinden in het gedrag dat de ouder laat zien in relatie met haar kind; de ouder gaat zich sensitiever opstellen en het verstoorde oudergedrag neemt af. Ouders bij wie de verandering in een van de eerste drie sessies plaatsvindt, lijken het meest te profiteren van de behandeling.

In de ► par. 2.3 en 2.4 wordt besproken welke elementen, naast de duale doelstelling, in respectievelijk de diagnostische en behandelfase mogelijk bijdragen aan het effect van de MIG.

2.2.2 Doelgroep

Algemeen

Ouders met baby's en peuters en kleuters (vanaf 6 maanden tot 6 jaar) die, onder invloed van onverwerkt trauma in de eigen gehechtheidsgeschiedenis, affectief verstoord oudergedrag laten zien, zoals gemeten met de AMBIANCE. Met aanpassing van het speelgoed is de methodiek ook geschikt voor ouders met lagereschoolkinderen.

■ Concreet

- jonge, onervaren ouders;
- ouders met een minder goed ontwikkeld vermogen tot introspectie;
- ouders met pleeg- of adoptiekinderen;
- ouders in complexe sociaal-economische omstandigheden;
- ouders in gezinnen waar sprake is (geweest) van relationeel trauma zoals huiselijk geweld, seksueel grensoverschrijdend gedrag, emotionele verwaarlozing.

■ Exclusiecriteria

- acute psychiatrie bij de ouder;
- vijandige ouders die er plezier aan beleven als hun kind ontstemd en gespannen is;
- acute verslaving bij de ouder;
- acute onveilige ouder-kindrelaties waarbij hertraumatisering van het kind plaatsvindt (zie Benoit 2010, 2014, 2015).

2.3 De diagnostische fase

Belangrijke (werkzame) elementen in de diagnostische fase zijn de voor- en name-ting met behulp van de AMBIANCE en de WMCI, in combinatie met het in beeld brengen van het oudergedrag.

2.3.1 De voor- en nameting met behulp van de AMBIANCE

Gezien de doelstelling van de MIG is het van belang om niet alleen het sensitieve gedrag van de ouder in beeld te krijgen, maar juist ook het verstoorde gedrag. Dit gebeurt bij de MIG-standaard met behulp van de AMBIANCE (Lyons-Ruth, 1996). De AMBIANCE is een meetinstrument dat het verstoorde oudergedrag in kaart brengt. De basis van dit meetinstrument is het coderingsstelsel van Main en Hesse (1990); Lyons-Ruth et al. (1996) scherpten dit stelsel aan en includeerden onder meer ook extreme vormen van insensitiviteit. Inmiddels heeft een meta-analyse aangetoond dat de AMBIANCE voldoende betrouwbaar en valide is (Madigan et al. 2006).

Vijf dimensies

De AMBIANCE omvat een lijst van 140 gedragingen, ingedeeld naar vijf dimensies van wat Lyons-Ruth et al. (1996) 'a-typisch' ofwel 'affectief verstoord oudergedrag' noemen. Niet alle gedragingen wegen even zwaar in de inschatting of er al of niet sprake is van affectief verstoord oudergedrag. Bepaalde gedragingen hebben een sterk voorspellende waarde wanneer het gaat om gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag bij het kind (Lyons-Ruth et al. 1996) en wegen daarom zwaarder in de beoordeling van het ouderlijk gedrag. Deze gedragingen staan in de lijst schuin-gedrukt weergegeven. De dimensies die worden onderscheiden zijn: verstoord emotionele communicatie, rolomkering, dissociatie, intrusief gedrag en extreem terugtrekgedrag.

Inschaling op een 7-puntschaal

Per dimensie wordt gekeken hoe de ouder scoort op een 7-puntschaal. Ouders die in extreme mate affectief verstoord oudergedrag vertonen, scoren een 7. Ouders die juist zeer adequaat oudergedrag vertonen, scoren een 1. Naast deze inschaling kunnen ouders ook worden ingedeeld naar een bepaald type. Lyons-Ruth et al. (1996) onderscheiden twee type ouders: enerzijds de ouders die voornamelijk scoren op de dimensies intrusief oudergedrag en rolverwarring; anderzijds de ouders die vooral hoog scoren op de dimensies hulpeloosheid en terugtrekken. Ook mengvormen kunnen voorkomen.

Uiteindelijk wordt het gedrag van ouders ook gescoord op een algemene 7-puntschaal van verstoord oudergedrag, waarbij de 1 duidt op zeer sensitief en adequaat oudergedrag en de 7 juist duidt op zeer affectief verstoord, onveilig oudergedrag. Voor het al dan niet inzetten van de MIG is het vooral van belang te weten of de ouder wel of niet bovengemiddeld hoog scoort op 'verstoord oudergedrag'. Concreet betekent dit dat de ouder op een 7-puntschaal hoger scoort dan 4.

Tussentijdse metingen

De AMBIANCE wordt bij de MIG, naast andere meetinstrumenten, standaard gebruikt in de diagnostische fase om de MIG al dan niet te indiceren. Vervolgens wordt de AMBIANCE ook *tijdens* de interventie gebruikt. Aan het begin van elke sessie maakt de behandelaar een video-opname van ouder en kind tijdens een spel-contactmoment. De opnames van deze momenten worden beoordeeld op sensitief gedrag van de ouder en, met behulp van de AMBIANCE, op affectief verstoord gedrag van de ouder. De AMBIANCE vormt zo het perspectief van waaruit de behandelaar kijkt naar het oudergedrag. Vanuit dat perspectief bespreekt de behandelaar het gedrag met de ouder, de invloed daarvan op het kind en de gewenste veranderingen.

2.3.2 De voor- en nameting met behulp van de WMCI

Naast de AMBIANCE is het wenselijk vooraf ook de Working Model of the Child (WMCI) af te nemen (Zeanah et al. 1994). Dit is een semigestructureerd interview dat het interne werkmodel en de subjectieve beleving van ouders van hun kinderen in kaart brengt. De vragen zijn gericht op het achterhalen van de manier waarop ouders de persoonlijkheid en het gedrag van hun kind beleven en ervaren, en hoe zij dit gedrag interpreteren in relatie tot zichzelf. Verder wordt ingegaan op de gedachten en gevoelens die ouders hebben over het kind in specifieke situaties, waarbij ouders wordt gevraagd te reflecteren over het heden, het verleden en de toekomst van hun kind (Vreeswijk et al. 2012). De classificatie van de WMCI is sterk gerelateerd aan de kwaliteit van de ouder-kindgehechtheid (Benoit et al. 1997; Zeanah et al. 1994).

De afname van het interview duurt gemiddeld 45 minuten (30–75 minuten) en wordt op video opgenomen, zodat het achteraf opnieuw beluisterd, bekeken (en eventueel uitgeschreven) en beoordeeld kan worden. Zie voor een uitgebreide beschrijving: Vreeswijk et al. (2012).

De afname van de WMCI wordt door Benoit (2010, 2014, 2015) aanbevolen omdat de WMCI in combinatie met de AMBIANCE zowel het verstoorde oudergedrag als de, mogelijk verstoorde, representaties van de ouder van het kind in beeld brengt. Bij nameting kan gekeken worden of de ouder op beide niveaus een verandering laat zien.

2.3.3 In beeld brengen van sensitief oudergedrag

Naast de AMBIANCE wordt in de diagnostische fase ook het sensitieve gedrag in beeld gebracht. Benoit operationaliseert sensitief ouderschap aan de hand van vijf gedragsitems:

- 1 *Fysieke houding*; zit de ouder in een ontspannen houding, op ooghoogte van het kind en met voldoende afstand tot het kind?
- 2 *Face to face-positie*; zitten ouder en kind tegenover elkaar zodat er regelmatig oogcontact kan zijn en de ouder het kind kan volgen?
- 3 *Oogcontact*; hebben ouder en kind regelmatig oogcontact?

- 4 *Stemming*; is de stemming van de ouder neutraal positief of juist te uitbundig of te vlak?
- 5 *Mentale houding* ten opzichte van het kind; wacht de ouder het initiatief van het kind af en sluit zij daarbij aan bij wat het kind nodig heeft?

Daarnaast is er sprake van een algemene regel rond warmte in het contact; is er sprake van *warmte* en wederkerig *plezier*?

2.4 De behandelfase

De belangrijkste werkzame elementen in de behandelfase zijn: het gebruik van kortdurende videofeedback met een duale gerichtheid op zowel het versterken van het sensitieve gedrag en mentaliserend vermogen van de ouder, als het verminderen van het verstoorde oudergedrag; het gebruik van de interventie ‘Watch, Wait and Wonder’, in combinatie met het leren verwoorden van de beleavingswereld van het kind; het gebruik van leertheoretische principes en gedragstherapeutische technieken.

2.4.1 Videofeedback op zowel het sensitieve als het affectieve verstoorde oudergedrag

De Modified Interaction Guidance maakt gebruik videofeedback, een belangrijk, bewezen effectief middel, waarbij de focus primair ligt op de verandering van het *gedrag* van de ouders en niet zozeer op de aanpak van de interne representaties van de ouders (Bakermans-Kranenburg et al. 2003, 2005; Fukkink 2008). In de eerste sessie brengt de behandelaar een fragment in beeld waarin de ouder zich niet sensitief opstelt naar het kind. De behandelaar bespreekt met de ouder wat het effect daarvan kan zijn op het zelfbeeld van het kind. De bespreking van dit fragment gebeurt zodanig dat de kans groot is dat het als een ‘eyeopener’ werkt voor de ouder. Het is een confronterend moment, dat veel aandacht en tijd vraagt. Vervolgens geeft de behandelaar voorlichting over wat sensitiviteit is. Stap voor stap wordt daarna de video-opname bekeken. Steeds opnieuw wordt besproken wat de ouder goed doet en wat zij nog beter zou kunnen doen als het gaat om sensitief reageren. In de tweede sessie wordt dezelfde procedure herhaald, waarbij opnieuw vooral wordt gekeken wat de ouder, als het gaat om sensitief gedrag naar het kind, goed doet en wat zij nog anders zou kunnen doen zodat het nog beter zal gaan tussen de ouder en haar kind.

De bespreking van het verstoorde oudergedrag verloopt gefaseerd. In de eerste twee sessies krijgen vooral de successen van de ouder aandacht en worden deze gevalideerd. Wanneer de behandelrelatie meer vorm heeft en de ouder al positieve ervaringen heeft opgedaan, volgt er meer aandacht voor verstoorde oudergedrag, bijvoorbeeld het dissociatieve gedrag van de ouder. Besproken wordt of de ouder zich bewust is van dit gedrag en wat de ouder op dat soort momenten anders kan doen in relatie tot het kind en wat zij daarvoor nodig heeft.

2.4.2 Versterken van sensitief gedrag en mentaliserend vermogen

Watch, Wait and Wonder

Watch, Wait and Wonder (WWW) is in oorsprong een gehechtheidsinterventie ontwikkeld door Muir (Muir 1992; Muir et al. 1999; Cohen et al. 2002). Bij deze methode is het de bedoeling dat de ouder tijdens een spel-contactmoment met haar kind zelf geen initiatieven neemt, maar vooral kijkt naar het kind (Watch) en wacht (Wait) totdat het kind iets aangeeft waarop de ouder reageert. Terwijl de ouder wacht, vraagt zij zich af wat het kind haar wil vertellen met zijn gedrag (Wonder), zodat zij vervolgens, aansluitend bij de behoeften van het kind, kan reageren. De Watch, Wait and Wonder-methode heeft de intentie het mentaliserend vermogen van de ouder te versterken om uiteindelijk een veilige ouder-kindrelatie te bevorderen.

Effectonderzoek van Cohen en Muir (1999) brengt naar voren dat kinderen met gehechtheidsproblemen profiteren van deze behandeling. Na afronding van WWW bleken kinderen ofwel veilig gehecht of een gedesorganiseerde gehechtheid was veranderd in een georganiseerd veilig gehechtheidspatroon. Kinderen lieten tevens betere cognitieve prestaties zien en hun emotieregulatie was verbeterd.

Benoit (2001) maakt in verband met het bewezen effect bij de MIG gebruik van de Watch, Wait and Wonder-oefening. De WWW-oefening wordt gebruikt bij de nabespreking van videofragmenten en vormt een belangrijk onderdeel van het huiswerk.

De WWW-oefening wordt bij de eerste bespreking van een videofragment geïntroduceerd. De behandelaar kiest een aantal geschikte fragmenten uit en nodigt de ouder steeds uit zich te verplaatsen in het kind en te bedenken wat het kind voelt, denkt en wil. De behandelaar vraagt daarbij aan de ouder om even niets te doen of te zeggen, maar te wachten (Wait) en vooral naar het gezicht van het kind te kijken (waar kijkt het naar?) (Watch) om zich vervolgens af te vragen (Wonder) wat het kind denkt, voelt en wil. Aan de ouder wordt uitgelegd dat zij vooral de blik van het kind moet volgen omdat dat de interesse van het kind toont.

Verwoorden beleavingswereld kind

Na de tweede of derde sessie wordt aan de WWW-oefening een aspect toegevoegd: het verwoorden wat er in het hart en hoofd van het kind omgaat. Aan de ouder wordt uitgelegd dat naast het volgen, meebewegen en non-verbaal spiegelen van het gedrag van het kind, het ook van belang is dat de gevoelens, gedachten en wensen van het kind worden verwoord door de ouders. Door deze verwoording leert het kind zichzelf beter begrijpen en krijgt het meer controle over zijn emoties, wat uiteindelijk een gunstig effect heeft op zijn gevoel van eigenwaarde. Benoit maakt met deze oefening gebruik van de inzichten van Meins en haar begrip 'psychegerelateerd commentaar'. Ouders die hoog scoren op deze dimensie zijn goed in staat zich te verplaatsen in de beleavingswereld (denken, voelen, wensen) van het kind, kunnen vanuit het perspectief van het kind naar de wereld kijken en deze beleavingswereld zodanig verwoorden aan het kind dat het zich begrepen voelt (Meins et al. 2001).

Met de WWW-oefening in combinatie met de oefening van het verwoorden van de beleving van het kind, leert de ouder naar het kind te kijken als een individu die in zijn doen en laten gedreven wordt door gedachten, gevoelens en wensen. Op deze wijze werkt de MIG niet alleen aan het versterken van het sensitieve gedrag van de ouder, maar ook aan het versterken van het mentaliserend vermogen. De methode beperkt zich, wat betreft het mentaliseren, tot het zich verplaatsen, door de ouder, in de wereld van het kind. De methode richt zich daarentegen niet direct op het bespreken en/of veranderen van de interne representaties van de ouder zelf en de invloed die deze representaties hebben op het ouderschap (Fonagy et al. 2002).

2.4.3 Gedragstherapeutische technieken en leertheoretische principes

De therapeut heeft een directieve, docerende rol; zij geeft veel psycho-educatie en is sterk gericht op het onderrichten van de ouders in de manier waarop zij hun verstoorde gedrag kunnen verminderen en zich meer sensitief kunnen opstellen naar hun kind. Vooral in de eerste twee sessies geeft de behandelaar voorlichting; bijvoorbeeld over wat een kind van de ouder nodig heeft om uit te groeien tot een volwassene met een positief zelfbeeld. Alle uitleg wordt zo veel mogelijk ondersteund aan de hand van de video-opname van ouder en kind. De behandelaar herhaalt veel en legt aan de ouders uit dat ze dit doet om hen te helpen bij hun leerproces.

Er wordt gewerkt aan de hand van doelen die geformuleerd zijn in dyadische termen en in concreet observeerbaar gedrag en die gerelateerd zijn aan het specifieke probleem in de hier en nu-situatie. De doelen moeten duidelijk maken wat de ouder anders gaat *doen*, opdat het kind zich ook anders kan gaan gedragen, voelen en denken. Aan de ouder wordt uitgelegd dat een verandering in het gedrag van het kind een signaal is dat de doelen behaald zijn. Belangrijke indicatie voor een positieve verandering in het gedrag van de ouder tegenover het kind is vooral de toenemende mate waarin het kind actief meedoet in het communicatieproces en positief reageert op de initiatieven van de ouder.

De methode is oplossingsgericht. De nadruk ligt bij de vraag wat de ouder anders kan doen en niet bij de vraag waarom de ouder of het kind zich zo gedragen. De vraag ‘wat doe je al goed en wat kan (nog) beter?’, staat centraal. De vraag ‘hoe komt het dat je kind zo doet?’ is daarentegen van minder belang.

In de benadering van de ouders wordt gebruikgemaakt van een belangrijk leertheoretisch principe; alles wat de ouder ook maar enigszins aan vooruitgang in denken en doen laat zien, wordt sterk gevalideerd, terwijl alles wat daar niet op wijst, wordt genegeerd. Vooral in de eerste sessies is het belangrijk dat de ouder succeservaringen opdoet en dat vooral gekeken wordt naar wat zij goed doet. Benoit spreekt over 90 % aan positieve reacties van de behandelaar op de ouders in de eerste twee sessies (Benoit 2010, 2014, 2015). Vanaf de derde sessie wordt meer expliciet gekeken naar verstoord oudergedrag en wat de ouder nodig heeft om dit gedrag niet langer te vertonen. Ook hier geldt dat alle stappen die de ouder doet in de richting van het te behalen doel sterk worden gevalideerd.

De ouder krijgt huiswerkopdrachten. Aan het einde van bijvoorbeeld de eerste sessie wordt de ouder gevraagd om thuis te oefenen met Watch, Wait and Wonder tijdens dagelijkse momenten van vijf à tien minuten. De ouder moet in een schrift bijhouden wat zij tijdens deze oefeningen bij het kind aan gedachten en gevoelens heeft opgemerkt. Verwacht wordt dat wanneer de behandeling effectief is, de ouder zich steeds actiever zal gaan opstellen, zowel wat betreft het maken van de huiswerkopdrachten als het bespreken van haar successen of falen. Ook weet zij beter aan te geven hoe ver ze is in het behalen van haar doelen.

2.5 De context van de behandeling

2.5.1 Het belang van een veilige behandelrelatie

De methodiek kan zeer confronterend zijn voor de ouders. Al in de eerste sessies wordt door middel van een krachtig, veelzeggend videobeeld aan de ouders duidelijk gemaakt wat het kind nodig heeft van de ouder om uit te groeien tot een kind met zelfvertrouwen. Dat beeld moet een krachtige eyeopener zijn voor de ouder. Het moet de ouder wakker schudden, werken als een aha-erlebnis, een donderslag bij heldere hemel die de ouder bij gaat blijven! Benoit spreekt over een *punch*, een mokerslag (Benoit 2010, 2014, 2015).

Het is van enorm belang deze krachtige eyeopener, die door de ouder mogelijk als pijnlijk wordt ervaren, zodanig aan te bieden dat de ouder open blijft staan voor de behandeling. Dit vraagt veel van de behandelaar, omdat zij enerzijds confronterend is tegenover de ouder en tegelijkertijd de relatie met de ouder moet behouden. Dat vraagt respect, openheid, empathie, transparantie en veel positieve waardering voor de ouder. Niet alleen het kind, maar ook de ouder heeft het nodig om te groeien in zelfwaardering en gevoelens van eigenwaarde. Wanneer de ouder immers op deze wijze naar zichzelf kan gaan kijken, is zij ook meer in staat om de eigenwaarde van het kind te vergroten. Kortom, de behandelaar benadert de ouder op een wijze zoals de ouder naar het kind moet leren kijken!

Ouders die in aanmerking komen voor de MIG-interventies dragen in de meeste gevallen een onverwerkt trauma in hun geschiedenis. Het bekijken en bespreken van de videobeelden kan op een onbewaakt moment beladen beelden, gedachten, gevoelens en/of lichamelijke reacties bij de ouder triggeren. Het is belangrijk dat de behandelaar traumasensitief is en van daaruit ook sensitief op de ouder kan reageren. Dit houdt onder meer in dat zij rekening houdt met de zogenoemde 'Window of Tolerance' van de ouder, het vermogen van de ouder om stress te verdragen (Ogden en Fisher 2015). Bij een teveel aan spanning zal de ouder niet meer in staat zijn om te luisteren en zich coöperatief op te stellen. Tegelijkertijd moet er wel gewerkt worden en dient de focus te blijven op het probleem waarvoor de ouder komt. Een neutraal positieve houding van de behandelaar, die voortdurend in stem, gebaar, oogcontact, afstand en nabijheid rekening houdt met het stressniveau van de ouders, lijkt in deze het meest effectief.

2.5.2 Onderdeel van een totaalaanbod

De MIG is een op zichzelf staande interventie die door het versterken van de vaardigheden van de ouder, uiteindelijk werkt aan het versterken van het zelfvertrouwen van ouder en kind en een afname van het probleemgedrag van het kind. Of de interventie effectief is, wordt vooral gemeten aan de afname van het probleemgedrag van het kind en de toename van de vaardigheden van de ouder om adequaat met het gedrag van het kind om te gaan. Gezien de met trauma belaste gehechtheidsgeschiedenis van de ouder, valt niet uit te sluiten dat voor een langerdurend effect de MIG ingezet dient te worden als onderdeel van een totaalaanbod. Zo biedt dit boek de optie om enkele sessies Trauma-Focused Videofeedback Intervention toe te voegen, om de ouders nog meer bewust te maken van het idee dat hun eigen, met onverwerkt trauma belaste gehechtheidsgeschiedenis invloed heeft op hun ouderschap en hun intieme relatie met hun kind. Daarnaast valt te denken aan individuele behandeling van de ouder, gericht op het versterken van het regulerend vermogen en/of het verwerken van het trauma (Benoit 2015). Per situatie zal gekeken moeten worden of de behandelingen gelijktijdig dan wel op elkaar volgend moeten worden aangeboden. Geluiden uit de praktijk geven het idee dat een MIG-behandeling voorafgaand aan de eigen behandeling van de ouder, mogelijk de voorkeur verdient (Boon 2016). Psychotherapeutische behandelingen kunnen voor kortdurende ontregeling zorgen bij de ouder. De vaardigheden die de ouder zich eigen heeft gemaakt door het volgen van de MIG, beschermen de ouder-kindrelatie mogelijk voor (verder) verstoord oudergedrag. Meer onderzoek is echter nodig naar of, en zo ja, onder welke condities deze kortdurende, ouder-kindbehandeling voorrang geniet boven de meer conventionele behandeling van de ouder, die gericht is op traumaverwerking en/of emotieregulatie.

2.5.3 Professionaliteit

Zoals in ►H.1 al aangegeven blijkt de effectiviteit van interventies bij risicovolle ouder-kindrelaties voor een deel samen te hangen met de professionaliteit van de behandelaar (Moss et al. 2011; Bernard et al. 2012; Schechter et al. 2012, 2013). De uitvoering van de MIG vraagt een gedegen kennis van de gehechtheidstheorie en het effect van onverwerkte trauma's in de gehechtheidsrelaties, zowel op de ouder, het kind als de ouder-kindrelatie (Benoit 2015). Behandelaren moeten getraind zijn in het waarnemen van zowel veilig sensitief gedrag van de ouder, als het verstoorde oudergedrag zoals omschreven in de AMBIANCE: rolomkering en intrusief agressief gedrag en dissociatief gedrag. Om de AMBIANCE in de klinische praktijk op een betrouwbare manier te kunnen toe passen, is een twee- à drie-daagse training noodzakelijk. Training in combinatie met supervisie van de MIG is eveneens een noodzaak.

Zoals aangegeven vraagt deze methodiek de juiste therapeutische vaardigheden om een veilige behandelrelatie aan te gaan met de ouders die veelal belast zijn met onverwerkt trauma. Gezien de eisen die de methodiek vraagt van de professional lijkt de methodiek het beste te kunnen worden uitgevoerd binnen de specialistische GGZ-zorg en door BIG-geregistreerde gedragswetenschappers.

Modified Interaction Guidance (MIG): interventie bij
gedesorganiseerde gehechtheid en trauma

van der Boon, N.M.; van Bakel, H.

2017, X, 132 p. 15 illus. in color., Softcover

ISBN: 978-90-368-1856-8