

## PILOTSTUDIE NAAR DE EFFECTEN VAN DE OUDER-BABY-INTERVENTIE BIJ TWEE JONGE MOEDERS MET LVB-PROBLEMATIEK

Anne-lena de Vletter<sup>1</sup>

Floor van Santvoort<sup>2</sup>

Karin van Doesum<sup>3</sup>

*In deze pilotstudie is het effect van de ouder-baby-interventie op de kwaliteit van de ouder-kind-interactie bij twee jonge moeders met een LVB die binnen een moeder-kindhuis wonen, onderzocht in de vorm van twee N=1 onderzoeken. Bij beide moeders werd een verbetering van de kwaliteit van de ouder-kind-interactie gevonden op de Emotional Availability Scales. Dagelijkse metingen bij de moeders en hun persoonlijk begeleider over de door beide moeders ervaren stress en plezier in de opvoeding en getoonde affectie en interesse in haar kind bleken lastig uit te voeren en konden hierdoor moeilijk geïnterpreteerd worden. Deze studie geeft een beeld van de mogelijkheden en complexiteit van de uitvoering van de interventie bij deze doelgroep en de bruikbaarheid van een N=1 onderzoeksopzet hierbij.*

### Inleiding

Voor de ontwikkeling van een pasgeboren baby is de relatie met de ouder of verzorger van primair belang. Om een positieve en stimulerende relatie met het kind te ontwikkelen heeft de ouder bepaalde vaardigheden nodig, zoals het zich kunnen inleven in het kind en zich kunnen aanpassen aan diens behoeften, wensen en verwachtingen. Ouders met een licht verstandelijke beperking (LVB) beschikken niet altijd vanzelf over de vaardigheden die nodig zijn om die veilige en positieve relatie tot stand te brengen. Zo blijkt een lagere cognitieve ontwikkeling bijvoorbeeld gerelateerd aan meer negatieve reactiviteit naar de kinderen (o.a. Deater-Deckard et al., 2010, 2012) en een verminderde ontwikkeling van de emotieregulatie bij de kinderen (Chang et al., 2003). De kans op een onveilige gehechtheid, gedragsproblemen en psychische problemen bij kinderen van ouders met een LVB is dan ook groter dan gemiddeld (Van IJzendoorn et al., 1992). Echter, IQ op zich blijkt geen voorspeller van al dan niet adequaat ouderschap. Voorspellende factoren voor de kwaliteit van het ouderschap bij ouders met een LVB blijken onder andere de bereidheid en capaciteit van

de ouder om advies te ontvangen, de kwaliteit van het sociale netwerk en de acceptatie van hun ouderschap door anderen (Schuengel, Kef, Hodes, & Meppelder, 2017; Wade, Llewellyn, & Matthews, 2011; Willems et al., 2007). Met name een combinatie van risicofactoren, zoals armoede, sociale uitsluiting, afwezige of inadequate professionele ondersteuning en negatieve stereotypering, hangt samen met inadequaat ouderschap door ouders met een LVB (Willems et al., 2007).

Bij Jan Pieter Heije, een orthopedagogisch behandelcentrum van Pluryn, wordt opvang geboden aan een doelgroep waarbij sprake is van een dergelijke combinatie van meerdere risicofactoren. Het betreft jonge (aanstaande) moeders tussen de 14 en 23 jaar met een LVB en psychische of gedragsproblemen. Zij verblijven in een moeder-kindhuis waar zij kunnen worden begeleid vanaf hun zwangerschap tot hun kindje ongeveer 1 jaar oud is. Om de moeders zoveel mogelijk te ondersteunen in het opbouwen van een positieve en gezonde relatie met hun kindje wordt in het moeder-kindhuis de ouder-baby-interventie aangeboden (Van Doesum & Brok, 2015). Dit is een vi-

<sup>1</sup>Anne-lena de Vletter is als psycholoog werkzaam bij bij Mindfit in Nijmegen; correspondentie-adres: [Annelena.devletter@mindfit.nl](mailto:Annelena.devletter@mindfit.nl).

<sup>2</sup>Floor van Santvoort is senior onderzoeker bij Pluryn in Nijmegen.

<sup>3</sup>Karin van Doesum is psycholoog / trainer bij Impluz en onderzoeker bij Mindfit.

deo-interactietraining met als doel de sensitieve responsiviteit van de ouders naar hun baby te bevorderen, de kans op een veilige hechtingsrelatie te vergroten en de ontwikkeling van psychosociale problemen bij het kind te voorkomen (Van Doesum et al., 2005). De technieken self-modeling (goed gedrag van ouder zelf uit de video-opnames halen), begeleiding als model (goed gedrag voordoen), praktische pedagogische ondersteuning (zoals hoe om te gaan met huilgedrag), bekrachtiging van positieve interacties, cognitieve herstructurering en babymassage worden gebruikt om de interactie met de baby te verbeteren. Daarnaast worden de opnames gebruikt om de ouder te leren zich te verplaatsen in het kindje door bijvoorbeeld te vragen hoe de ouder denkt dat het kindje zich op bepaalde momenten voelt. Zo wordt het mentaliserend vermogen van de ouder vergroot.

Feldman (2004) geeft aan dat ouders met een LVB het meest profiteren van interventies die thuis worden aangeboden, die zijn gericht op het aanleren van concrete vaardigheden en die gebruik maken van gedragsmatige strategieën, zoals voordoen als model, oefenen, taakanalyse, positieve feedback en bekrachtiging. Deze strategieën worden allemaal toegepast in de interventie. De werkzaamheid van de interventie is echter alleen in empirisch onderzoek aangetoond voor moeders met psychische problematiek en gemiddelde intelligentie en hun baby's: de doelgroep waar de interventie oorspronkelijk voor was ontwikkeld (Van Doesum et al., 2008; Kersten-Alvarez et al., 2010). Uit deze studies blijkt dat de interventie tot 6 maanden na de interventie een positief effect heeft op de kwaliteit van de ouder-kindrelatie en de hechtingsrelatie tussen moeder en kind. Het kind vertoonde ook meer competent gedrag na 6 maanden (Van Doesum et al., 2008). Hoewel deze effecten op vijfjarige leeftijd van het kind niet meer zichtbaar waren, bleek wel dat kinderen in gezinnen met veel stress minder externaliserende problemen hadden wanneer ze samen met hun moeder de interventie hadden gekregen. Het is echter niet duidelijk of de interventie bij moeders met een LVB en

hun kindje op dezelfde manier effectief is als bij moeders zonder een LVB en hun kind. In het hier beschreven onderzoek wordt daarom het effect van de ouder-baby-interventie op de kwaliteit van de ouder-kind-interactie onderzocht bij twee moeders met een LVB in de vorm van twee N = 1 studies (Single Case Experimental Design (SCED)). Deze studie moet vooral gezien worden als een pilotonderzoek om ervaring op te doen met de N=1 onderzoeksmethode. Voor beschrijvingen en voorbeelden van deze nog relatief onbekende onderzoeksmethode wordt verwezen naar Manolov en Moeyaert (2017) en Ponsioen, Van Vliet, Blijderveen en Zwiers (2016).

## **Methode**

### *Deelnemers*

De begeleiding van het moeder-kindhuis heeft voor het onderzoek twee moeders benaderd die ten tijde van het onderzoek zouden gaan deelnemen aan de ouder-baby-interventie. Moeder 1 was 21 jaar oud en gediagnosticeerd met een laaggemiddeld IQ (IQ-score niet vermeld in haar dossier), ADHD, trekken van borderline en antisociaal gedrag. Voor zij op het moeder-kindhuis kwam wonen had zij zelfstandig gewoond met ambulante ondersteuning. Toen haar dochter vijf maanden was maakte het ziekenhuis een zorgmelding, omdat er te veel onrust was, de baby slecht sliep en een goed voedingsritme ontbrak. Daarop zijn zij in het moeder-kindhuis komen wonen waarbij haar de ouder-baby-interventie werd geboden, omdat zij onvoldoende sensitief en responsief reageerde op haar baby. Moeder 2 was bij aanvang van het onderzoek 20 jaar oud en gediagnosticeerd met een LVB (Totale IQ-score = 63). Zij woonde met haar kindje bij haar ouders, maar in verband met zorgen rondom ondervoeding is haar zoontje kort na de geboorte uit huis geplaatst. Kort daarop zijn zij samen in het moeder-kindhuis geplaatst waar de ouder-baby-interventie is ingezet, omdat werd gezien dat zij de signalen van haar kindje nog niet altijd herkende.

De Vletter, Van Santvoort & Van Doesum *Effecten van ouder-baby-interventie bij twee jonge moeders*

### *Moeder-kindhuis*

Het moeder-kindhuis bestaat uit twee aaneengeschakelde woningen waar elk vijf moeders (14-23 jaar) en hun kindjes (tot 1 jaar) kunnen verblijven. In het moeder-kindhuis worden moeders ondersteund door een behandelteam bestaande uit gedragswetenschappers (orthopedagogen/psychologen) en (persoonlijk) begeleiders (HBO werk- en denkniveau). Het team staat onder leiding van een GZ-psycholoog en een clusterleider. De behandeling is gericht op de verzorging en de hechting van het kindje en bestaat uit drie fases. In de eerste fase worden moeders en kindjes intensief geobserveerd en krijgen zij 24-uurs begeleiding met betrekking tot de verzorging en hechting. De begeleiding is erop gericht dat de moeder degene is met wie het kindje een hechtingsrelatie moet opbouwen. Haar vaardigheden en de interactie met haar kindje worden gescoord aan de hand van vaardigheidlijsten. De tweede fase start wanneer de moeder meer grip krijgt op de verzorging en hechting. De intensiteit van het meekijken neemt dan af, de begeleiding krijgt meer een coachend karakter en er wordt gewerkt aan de persoonlijke ontwikkeling van de moeder. Moeders krijgen bijvoorbeeld (vak)therapie, traumabehandeling (bv. EMDR) of er wordt gestart met scholing. De derde fase gaat in wanneer de hechting goed vorm heeft gekregen (volgens oordeel van het behandelteam). De hoeveelheid begeleiding neemt dan nog verder af. De moeder zorgt zelfstandig voor haar kindje en werkt aan uitstroom en haar verdere toekomst met haar kindje.

### *Ouder-baby-interventie bij het moeder-kindhuis*

Wanneer uit de dagelijkse intensieve observaties van moeders blijkt dat de hechting met haar kindje zich onvoldoende ontwikkelt, bijvoorbeeld doordat zij onvoldoende of niet adequaat reageert op de signalen van haar kindje, wordt gestart met de ouder-baby-interventie. Het behandelteam bepaalt gezamenlijk welke moeders starten. In de praktijk volgt ongeveer de helft van de moeders in het moeder-kind-

huis de interventie. De interventie wordt in het moeder-kindhuis uitgevoerd door groepsbegeleiders die hierin getraind zijn. Gemiddeld wordt de interventie in zes tot acht sessies uitgevoerd in plaats van de originele tien. De uiteindelijke duur van de interventie is afhankelijk van de lengte van het verblijf in het huis, het al dan niet uitblijven van verandering en de mogelijkheid om het aanleren van de betreffende vaardigheden in de reguliere begeleiding van de moeder op te nemen. Bovendien wordt de video-opname van de ouder-kind-interactie (meestal het in bad doen en verschonen van de baby) in een aparte bijeenkomst gemaakt en niet tegelijk met het bespreken van een opname. Dit om de (cognitieve) belasting van de sessies te verlagen. Per sessie rapporteert de begeleider de doelen en besproken onderwerpen. Iedere video-opname wordt in gezamenlijkheid door de in de methodiek getrainde begeleiders gescoord met behulp van de sensitiviteit en coöperatieschalen van Ainsworth en collega's (1978). Op basis van de scores worden per sessie interventiedoelen voor de moeder geformuleerd.

### *Procedure*

Beide moeders zijn benaderd over deelname aan het onderzoek door het teamlid dat de interventie uitvoerde. De moeders hebben schriftelijk toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek, waarvoor zij dagelijks een aantal vragen dienden te beantwoorden, en voor het gebruik van de beelden en rapportages van de interventie. Ook de persoonlijk begeleider van de moeder is benaderd om dagelijks een aantal vragen over de moeder in te vullen. De metingen waren uitgezet gedurende een baselinedfase van vier weken, tijdens de interventie en gedurende één maand daarna. De onderzoekstrajecten van moeder 1 en moeder 2 hebben na elkaar plaatsgevonden, waardoor we in staat waren om op basis van ervaringen in het eerste traject aanpassingen te doen in het tweede traject (zie hieronder beschreven bij instrumenten). Beide moeders en hun persoonlijk begeleiders ontvingen een bon van 25 euro voor hun deelname aan het onderzoek.

### *Meetinstrumenten*

De kwaliteit van de ouder-kind-interactie is in kaart gebracht met de Emotional Availability Scale (EAS - Infancy to Early Childhood Version, 3de editie, Biringen et al., 1998) en een dagelijkse meting bij de moeder en haar persoonlijk begeleider. De EAS is een observatie-instrument en wordt gescoord aan de hand van de vier ouderschalen: sensitivity, structuring, nonintrusiveness en nonhostility en de twee kindschalen: responsiveness en involvement. De schaal sensitivity geeft het vermogen van de ouder weer om op een warme en positieve manier emotioneel te verbinden met het kind. Structuring brengt het vermogen van de ouder in kaart om de interacties met het kind te structureren en te begrenzen wanneer dat nodig is. Nonintrusiveness reflecteert het vermogen van de ouder om beschikbaar te zijn voor het kind zonder diens bezigheden te verstoren of autonomie te belemmeren. Nonhostility geeft de afwezigheid van ontevredenheid, afkeuring, ongeduld, irritatie en boosheid in de interactie naar het kind weer. Responsivity brengt in kaart in hoeverre het kind bereidwillig, open en met plezier meegaat in de interactie met de moeder. De schaal involvement brengt in kaart in hoeverre het kind de moeder uitnodigt tot interactie en deze interactie zelf initieert (Biringen et al., 2014). Sensitivity wordt beoordeeld op een negenpuntsschaal, de andere ouderschalen op een vijfpuntsschaal en de kindschalen op een zevenpuntsschaal. Een hoge score betekent een goede ouder-kind-interactie. De EAS wordt gescoord door een daarvoor getrainde beoordelaar die video-opnames van een 15 tot 20 minuten durende ouder-kind-interactie beoordeelt. Hiervoor zijn de video-opnames gebruikt die voor de interventie gemaakt zijn. De scores op de EAS zijn alleen voor het onderzoek gebruikt en waren niet bekend bij de moeders of de begeleiding.

Voor de dagelijkse meting bij moeder 1 is gebruik gemaakt van de vraag "Hoe is het vandaag om voor je kindje te zorgen?" De vraag moest op twee vijfpuntsschalen worden beantwoord door één van vijf smileys variërend van 'moeilijk' (1) tot 'makkelijk' (5) en van 'niet

leuk' (1) tot 'leuk' (5) te omcirkelen. Op deze metingen bleek de moeder echter vrijwel altijd dezelfde meest positieve score te geven. In gesprek met de begeleiding kwam naar voren dat de meting mogelijk te complex was, maar ook dat vragen naar de opvoeding van het kindje in het algemeen zeer beladen waren in het moeder-kindhuis, omdat er soms kinderen uit huis geplaatst werden. De moeder heeft de vragen daarom mogelijk sociaal wenselijk ingevuld. Om die reden zijn de metingen bij moeder 2 vereenvoudigd en zijn de vragen niet gericht op de interactie maar op hoe de moeder haar welzijn en dat van haar kindje beoordeelde, aan de hand van de vragen "Hoe voel jij je vandaag?" en "hoe voelt je kindje zich vandaag?" Beide vragen konden aan de hand van twee driepuntsschalen worden beantwoord door één van de drie smileys te omcirkelen behorende bij de antwoordopties 'niet goed', 'neutraal', 'goed' (1-3) en bij 'stress', 'neutraal', 'geen stress' (1-3) over moeder en 'niet blij', 'neutraal', 'blij' (1-3) en 'onrustig', 'neutraal', 'rustig' (1-3) over het kindje. De persoonlijk begeleiders van beide moeders beoordeelden de ouder-kind-interactie daarnaast op de dagen in de week dat zij aanwezig waren op een vijfpuntsschaal variërend van 'nee' (1) tot 'ja' (5) voor de vragen "Toont moeder vandaag affectie naar haar kindje?" en "Toont moeder vandaag interesse in haar kindje?"

### *Verloop interventie moeder 1*

Bij de uitvoering van de ouder-baby-interventie bij moeder 1 hebben drie sessies van de interventie plaatsgevonden in een periode van twee maanden. Na de derde sessie is geen nieuwe opname gemaakt van de ouder-kind-interactie, omdat het verblijf van de moeder toen al ten einde liep. Daardoor kon de kwaliteit van de ouder-kind-interactie alleen na de eerste twee sessies van de interventie worden beoordeeld. De eerste sessie van de interventie had als doel om de moeder te laten wennen aan het gefilmd te worden: ze gaf aan dit erg spannend te vinden. Daarom is in de eerste sessie nog niet aan de interactie met het kind gewerkt. Om die reden wordt verandering in dit traject pas na de eerste sessie

verwacht en is de baselinedfase verlengd tot na deze sessie. In de tweede en derde sessie zijn aspecten van sensitivity, nonintrusiveness en nonhostility aan bod gekomen. Daarom wordt op deze schalen verandering van de kwaliteit van de ouder-kind-interactie verwacht. Op de kindschalen werd geen verandering verwacht, omdat werd ingeschat dat de verandering van het gedrag van de moeder nog niet lang genoeg aanwezig zou zijn geweest om het kindje een nieuw verwachtingspatroon te laten ontwikkelen.

#### *Verloop interventie moeder 2*

In het traject van moeder 2 hebben zes sessies van de ouder-baby-interventie plaatsgevonden gedurende een periode van negen maanden. De interventie is na deze zes sessies stopgezet, omdat er geen vooruitgang meer geboekt werd en de moeder aan haar leerplafond leek te zitten. In de periode rond de vijfde sessie zag het behandelteam van het moeder-kindhuis een aantal zorgelijke signalen bij de moeder en haar kindje. Dit is ook zichtbaar in de video-opname die voor de vijfde sessie van de ouder-baby-interventie is gebruikt. Het kindje heeft hier ernstige luieruitslag en er wordt gezien dat de moeder haar kindje aan één armpje optilt zonder verdere ondersteuning. Ook buiten de opnames worden dergelijke signalen gezien. Deze signalen hebben ertoe geleid dat de begeleiding en controle opnieuw werden geïntensiveerd na een periode van afbouw en vergrote zelfstandigheid. Gaandeweg werd steeds meer getwijfeld aan het vermogen van

de moeder om 'goed genoeg' ouderschap te bieden en heeft de gezinsvoogd een uithuisplaatsing aangevraagd. Ook is toen gezocht naar een vervolgvooorziening, omdat de mogelijkheden voor behandeling op het moeder-kindhuis ten einde kwamen. Het blijft echter tot het eind van het onderzoek onduidelijk wat het perspectief voor moeder en kind zal zijn. Om deze reden is ervoor gekozen deze laatste periode in de analyse op te nemen als een aparte fase (fase 2). Het effect van de interventie wordt namelijk in de periode tot de vijfde sessie verwacht (fase 1). In deze sessies komen aspecten van sensitivity en non-intrusiveness aan bod waardoor op de EAS op deze schalen verandering wordt verwacht. Omdat de interventie over een lange periode heeft plaatsgevonden wordt ook ingeschat dat het gedrag van het kindje zich in deze fase zal ontwikkelen (fase 1).

#### *Statistische analyse*

De verandering in scores op de EAS zijn geanalyseerd door het berekenen van de Reliable Change Index (RCI; Bartels et al., 2008). Omdat van de EAS geen normgegevens beschikbaar zijn, worden voor het berekenen van de RCI's betrouwbaarheidscoëfficiënten, gemiddelden en standaarddeviaties uit eerder onderzoek naar het effect van de ouder-baby-interventie gebruikt (Van Doesum et al., 2008)<sup>4</sup>.

De scores op de dagelijkse metingen van de moeder en van de begeleider werden, indien mogelijk, geanalyseerd met een mixed model

<sup>4</sup>In dit onderzoek hebben vier getrainde observatoren los van elkaar video's van moeder-kind-interacties bekeken en beoordeeld met de EAS. Ze hadden geen weet van de conditie waarin de moeders zich bevonden (controle of experimentele groep). De intraclass correlaties voor alle schalen kwamen boven de .90 uit.

<sup>5</sup>Deze analyse corrigeert voor de autocorrelatie in de data en wordt aanbevolen door Maric en collega's (2015) voor univariate data uit een SCED waarbij de datapunten met regelmaat zijn verzameld en er minimaal vijf datapunten per fase beschikbaar zijn. De analyse is gebaseerd op de volgende functie:

$$y(i) = b_0 + b_1 * fase(i) + b_2 * tijd\_in\_fase(i) + b_3 * tijd\_in\_fase * fase(i) + e(i)$$

In deze formule geven de tekens het volgende weer:  $y(i)$  is de afhankelijke variabele op tijdpunt  $i$ ;  $fase(i)$  is de fase waarin het tijds punt zich bevindt (baseline, interventiefase);  $tijd\_in\_fase$  is het tijds punt in ieder van de fases (per fase wordt er opnieuw genummerd, van achteren naar voren);  $e(i)$  is het residu van tijds punt  $i$ ;  $b_0$  is de verwachte waarde van de afhankelijke variabele aan het eind van de baselinedfase (de intercept van de regressielijn op dit punt);  $b_1$  is het verschil tussen het eindpunt van de interventiefase en de baselinedfase;  $b_2$  is de hellingshoek van de regressielijn van de baselinedfase;  $b_3$  is het verschil in de hellingshoeken van de regressielijnen van de interventiefase en de baselinedfase.



analyse in SPSS. In deze analyse wordt per moeder een vergelijking gemaakt tussen de baseline en de interventiefase(s) wat betreft de eindscore ('intercept') en de stijging of daling in de scores (hellingshoek; Maric et al., 2015)<sup>5</sup>.

Voor de metingen van moeder 1 konden we de analyse helaas niet uitvoeren, omdat ze telkens de hoogste score had gegeven op de dagelijkse vragen (zie 'meetinstrumenten'). Moeder 2 is gedurende 303 dagen gevolgd, waarvan zij op 216 dagen een meting heeft ingevuld. De 87 ontbrekende dagen zijn vrijwel allemaal verlofmomenten. Omdat moeder 2 op de meerderheid van de dagen de metingen heeft ingevuld, zijn missende datapunten geïmputeerd door gemiddelden van de aangrenzende scores.

De persoonlijk begeleider van moeder 2 heeft de meting in totaal 28 keer ingevuld. Hiervan liggen 7 datapunten in de baselinefase en 21

punten in interventiefase 1. Metingen in interventiefase ontbreken, omdat moeder 2 toen is gewisseld van persoonlijk begeleider. Zoals geadviseerd door Maric en collega's (2015) wordt een significantieniveau van  $\alpha = .01$  aangehouden, omdat er minder dan 10 datapunten per fase beschikbaar zijn.

Omdat we van de begeleider van moeder 1 maar weinig metingen hadden per fase (10 in de baselinefase, 4 in de interventiefase), is daarvoor een simulation modeling analysis (SMA) uitgevoerd (Borckardt & Nash, 2014). Hierbij worden veranderingen in hoogte (gemiddelde) en hellingshoek tussen fases getoetst en afgezet tegenover vijf trendmodellen ([www.clinicalresearcher.org](http://www.clinicalresearcher.org)).

## Resultaten

### *Ouder-kind-interactie gemeten met de EAS*

Een overzicht van standaardmeetfouten en RCI's voor de EAS-schalen is met de veranderingsscores van de moeders weergegeven in

**Tabel 1.** RCI per schaal van de EAS berekend volgens Jacobsen en Truax (1991).

a. Moeder 1		Interventiefase t.o.v. baselinefase	
Schaal	Standaardmeetfout	RCI	Verschilscore
Sensitivity	.64	2.21	2*
Structuring	.42	.00	0
Nonintrusiveness	.37	1.91	1
Nonhostility	.14	5.20	1*
Responsiveness	.55	.00	0
Involvement	.59	-1.20	-1

b. Moeder 2		Interventiefase t.o.v. baselinefase		Eindfase t.o.v. baselinefase	
Schaal	Standaardmeetfout	RCI	Verschilscore	RC	Verschilscore
Sensitivity	.64	3.87	3.5*	2.77	2.5*
Structuring	.42	.00	0	1.67	1
Nonintrusiveness	.37	5.73	3*	3.82	2*
Nonhostility	.14	.00	0	.00	0
Responsiveness	.55	5.11	4*	2.56	2*
Involvement	.59	3.61	3*	1.20	1

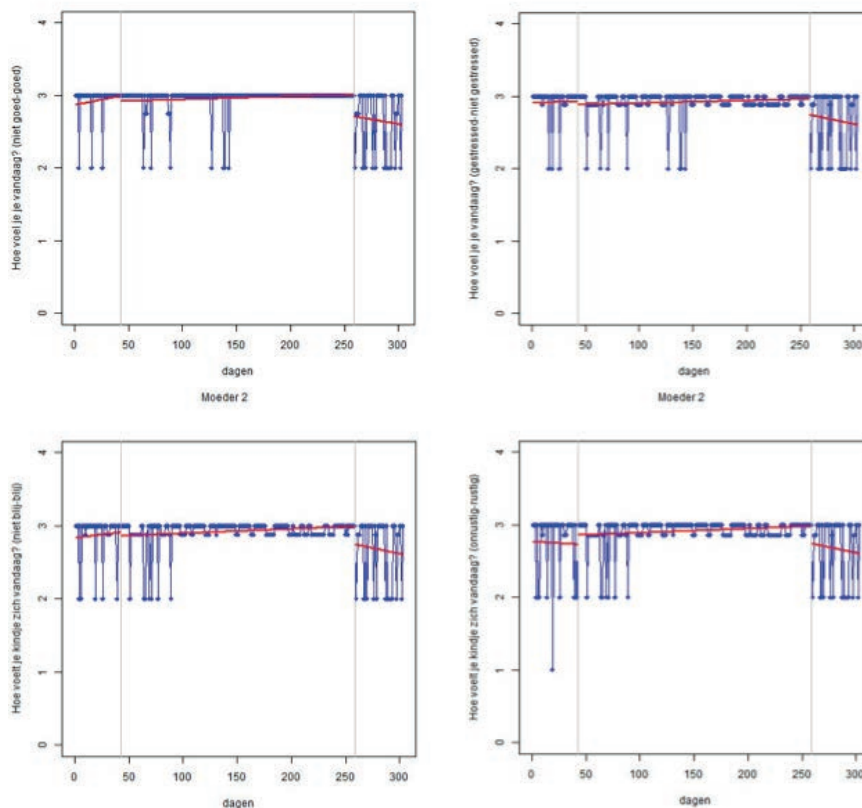
\* Verschilscore na de derde sessie ten opzichte van de voormeting significant bij  $RCI > 1.96$  en  $\alpha < .05$

Tabel 1. Bij moeder 1 is er een significante verandering te zien op de schalen sensitivity en nonhostility: moeder 1 reageert na de interventiefase sensitiever en minder vijandig op haar kindje dan in de baselinedfase. Bij moeder 2 is een significante verandering tussen de baselinedfase en fase 1 gevonden op de schalen sensitivity en nonintrusiveness, responsiveness en involvement. Dit betekent dat moeder 2 aan het eind van fase 1 sensitiever en minder intrusief reageert naar haar kindje dan in de baselinedfase en dat het kindje meer responsief en betrokken reageert op moeder 2 aan het eind van fase 1 dan in de baselinedfase. Daarnaast is een significant verschil gevonden tussen fase 2 en de baselinedfase op de schalen sensitivity en responsiveness. Dit betekent dat moeder 2 ook in fase 2 sensitiever reageert op haar kindje dan in de baselinedfase en dat haar kindje responsiever reageert naar haar in fase 2 dan in de baselinedfase.

#### *Ouder-kind-interactie gemeten met dagelijkse vragen*

Dagelijks ervaren welzijn van moeder 2 en haar kindje: de regressielijnen van de dagelijkse

metingen bij moeder 2 zijn per fase weergegeven in Figuur 1. De resultaten van de mixed model analyse zijn weergegeven in Tabel 2. Het verschil tussen de intercepten van de baselinedfase en fase 1 is alleen significant bij de vraag hoe rustig het kindje is. Het intercept aan het einde van fase 1 is iets hoger dan aan het einde van de baselinedfase. Dit betekent dat moeder 2 het kindje rustiger beoordeelt in fase 1 dan in de baselinedfase. Voor alle variabelen geldt daarnaast dat het intercept aan het einde van fase 2 significant lager ligt dan aan het einde van de baselinedfase. Dit verschil is significant voor de vragen hoe goed moeder zich voelt, hoeveel stress zij ervaart en hoe blij het kindje is. Dit betekent dat moeder 2 zich in de tweede fase minder goed voelt, meer stress ervaart en zij haar kindje als minder blij beoordeelt dan gedurende de baselinedfase. Wanneer gekeken wordt naar het verloop over tijd (hellingshoeken van de regressielijnen), dan blijken er geen significante verschillen te zijn op de dagelijkse vragen aan moeder 2 tussen de baselinedfase en fase 1 en respectievelijk de baselinedfase en fase 2.



**Figuur 1.** Dagelijkse metingen moeder 2 over eigen welzijn en welzijn van haar kindje.

*Getoonde interesse en affectie naar kindje beoordeeld door de persoonlijk begeleider:* Figuur 2 toont voor beide fases (baseline en interventie) de regressielijnen van de metingen die de persoonlijk begeleider van moeder 1 heeft ingevuld. Wat betreft getoonde interesse van moeder 1 in haar kindje blijkt uit de SMA een lag-1 autocorrelatie van  $-.13$  tussen de datapunten. Het verschil tussen de baselifase ( $n = 10$ ,  $M = 3.30$ ) en de interventiefase ( $n = 4$ ,  $M = 3.75$ ) is niet significant ( $p = .27$ ). Ook de verandering in hellingshoek tussen de beide

fases is niet significant ( $p = .32$ ). Met betrekking tot de getoonde affectie naar haar kindje wijst de SMA een lag-1 autocorrelatie van  $.21$  uit tussen de datapunten. Het verschil tussen de baselifase ( $n = 9$ ,  $M = 3.44$ ) en de interventiefase ( $n = 4$ ,  $M = 3.75$ ) is niet significant ( $p = .56$ ). Ook de verandering in hellingshoek tussen de beide fases is niet significant ( $p = .26$ ).

**Tabel 2.** Resultaten mixed model analyse van het dagelijkse ervaren welzijn moeder 2.

a. Hoe voel je je vandaag? 'niet goed - goed'					
Parameter	Estimate	SE	p	95 % betrouwbaarheid Lower - Upper bound	
Intercept <sup>0</sup>	2.99	.08	.00	2.83	3.15
Phase1 <sup>1</sup>	.02	.09	.83	-.16	.20
Phase2 <sup>2</sup>	-.39	.11	.00*	-.62	-.17
Timeinphase1 <sup>3</sup>	-.00	.00	.40	-.01	.00
Phase1 * Timeinphase1 <sup>4</sup>	.00	.00	.47	-.00	.01
Phase2 * Timeinphase1 <sup>5</sup>	.01	.00	.23	-.00	.01

b. Hoe voel je je vandaag? 'gestressed - niet gestressed'					
Parameter	Estimate	SE	p	95 % betrouwbaarheid Lower - Upper bound	
Intercept	2.92	.08	.00	2.76	3.09
Phase1	.04	.09	.66	-.14	.22
Phase2	-.32	.11	.01*	-.54	-.09
Timeinphase1	.00	.00	.95	-.01	.01
Phase1 * Timeinphase1	-.00	.00	.97	-.01	.01
Phase2 * Timeinphase2	.00	.00	.47	-.01	.01

c. Hoe voelt je kindje zich vandaag? 'niet blij - blij'					
Parameter	Estimate	SE	p	95 % betrouwbaarheid Lower bound - Upper bound	
Intercept	2.91	.09	.00	2.74	3.10
Phase1	.08	.09	.37	-.10	.26
Phase2	-.30	.11	.01*	-.53	-.08
Timeinphase1	-.00	.00	.60	-.01	.00
Phase1 * Timeinphase1	.00	.00	.72	-.01	.01
Phase2 * Timeinphase2	.00	.00	.29	-.00	.01

Geeft het intercept van de baselifase weer

<sup>1</sup> Geeft het verschil weer tussen de intercepten aan het eind van de baselifase tov fase 1

<sup>2</sup> Geeft het verschil weer tussen de intercepten aan het eind van de baselifase tov fase 2

<sup>3</sup> Geeft de hellingshoek van de baselifase weer

<sup>4</sup> Geeft het verschil weer tussen de hellingshoeken van de baselifase tov die van fase 1

<sup>5</sup> Geeft het verschil weer tussen de hellingshoeken van de baselifase tov die van fase 2

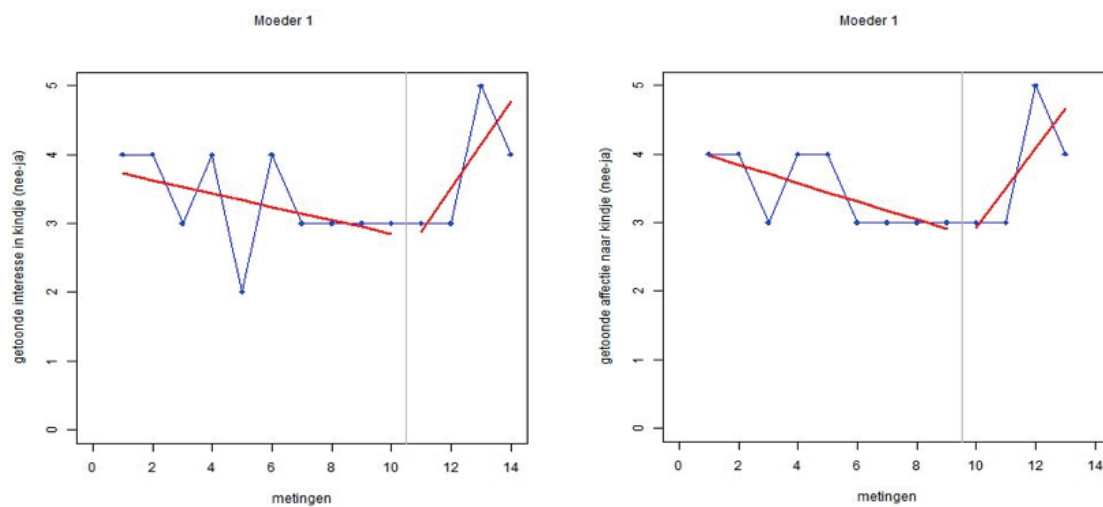
\* Significant bij  $p < .05$



De Vletter, Van Santvoort & Van Doesum *Effecten van ouder-baby-interventie bij twee jonge moeders*

d. Hoe voelt je kindje zich vandaag? 'Rustig - onrustig'

Parameter	Estimate	SE	p	95 % betrouwbaarheid	
				Lower bound	Upper bound
Intercept	2.73	.09	.00	2.54	2.91
Phase1	.25	.10	.02*	.05	.45
Phase2	-.13	.13	.34	-.38	.13
Timeinphase1	.00	.00	.81	-.01	.01
Phase1 * Timeinphase1	-.00	.00	.70	-.01	.01
Phase2 * Timeinphase2	.00	.01	.69	-.01	.01

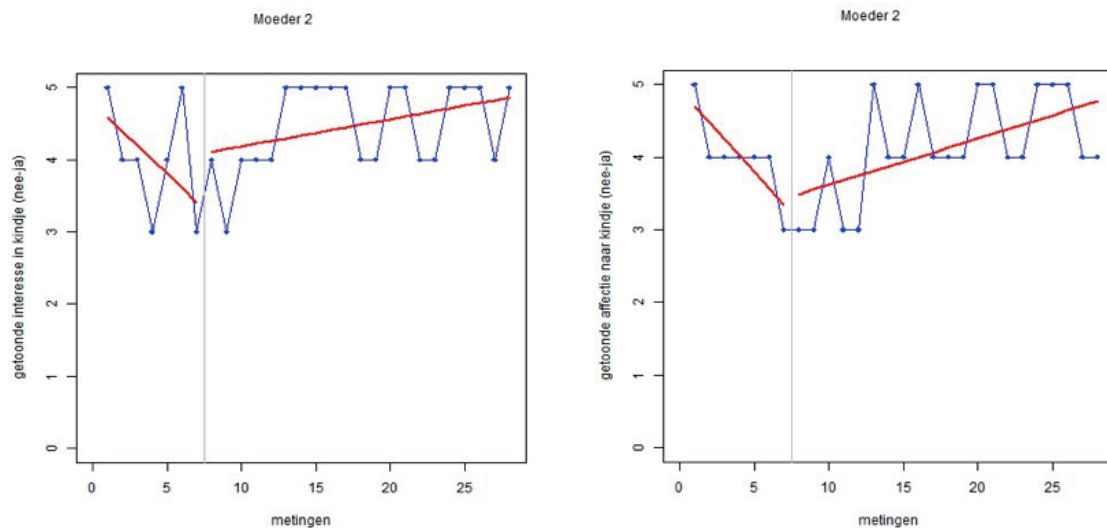


**Figuur 2.** Ingevulde dagelijkse metingen door persoonlijk begeleider van moeder 1 over haar getoonde interesse en affectie naar haar kindje.

Figuur 3 geeft per fase (baseline en interventiefase 1) de regressielijnen weer van de metingen die de persoonlijk begeleider van moeder 2 heeft ingevuld. In Tabel 3 staan de resultaten van de mixed model analyse vermeld. We hanteren een conventionele alpha grens van  $p < .01$ , omdat er minder dan 10 datapunten zijn per fase. Alleen het verschil tussen de intercepten aan het eind van de baselinefase en aan het eind van fase 1 op getoonde affectie naar het kind blijkt significant te zijn. De begeleider beoordeelt de getoonde affectie in haar kind van moeder 2 hoger in fase 1 dan in de baselinefase. Er is geen significant verschil waarneembaar wanneer er gekeken wordt naar het verloop over tijd (hellingshoeken) wat

betreft het oordeel van de begeleider over de getoonde affectie tussen baseline en interfase 1. Met betrekking tot de getoonde interesse in haar kindje zijn geen significante verschillen gevonden tussen de fases wat betreft de intercepten of de hellingshoeken.

De Vletter, Van Santvoort & Van Doesum *Effecten van ouder-baby-interventie bij twee jonge moeders*



**Figuur 3.** Ingevulde dagelijkse metingen door persoonlijk begeleider van moeder 2 over haar getoonde interesse en affectie naar haar kindje.

**Tabel 3.** Resultaten mixed model analyse ouder-kind-interactie beoordeeld door persoonlijk begeleider van moeder 2.

a. Getoonde interesse in het kindje 'nee - ja'					
Parameter	Estimate	SE	p	95 % betrouwbaarheid Lower - Upper bound	
Intercept	3.20	.51	.00	2.07	4.34
Phase	2.08	.75	.03	.22	3.94
Timeinphase	.05	.03	.08	-.01	.10
Phase * Timeinphase	-.05	.03	.06	-.11	.00
b. Getoonde affectie naar haar kindje 'nee - ja'					
Parameter	Estimate	SE	p	95 % betrouwbaarheid Lower - Upper bound	
Intercept	3.23	.43	.00	2.28	4.17
Phase	2.18	.60	.008*	.77	3.60
Timeinphase	.05	.02	.05	.00	.09
Phase * Timeinphase	-.06	.02	.02	-.11	-.01

\* Significant bij  $p < .01$

### Discussie

In deze studie is het effect van de ouder-baby-interventie op de ouder-kind-interactie bij twee jonge moeders met een LVB onderzocht. Bij moeder 1 werd gedurende de interventiefase (2 sessies) een verbetering zichtbaar in de kwaliteit van de ouder-kind-interactie op die schalen van de Emotional Availability Scales (EAS) waar dit werd verwacht, namelijk de

schalen sensitivity en nonhostility. De zelfrapportage van de ouder-kind-interactie bleek bij moeder 1 helaas niet bruikbaar, deze meting was mogelijk te complex en waarschijnlijk te beladen voor de moeder. Er werd geen verschil gevonden op de getoonde affectie en interesse in het kindje zoals beoordeeld door de persoonlijk begeleider van moeder 1. Bij moeder 2 werd ook gedurende de interventiefase (4 ses-

sies) een verbetering in de ouder-kind-interactie gevonden op die schalen van de EAS waar dit werd verwacht, namelijk de schalen sensitivity en nonintrusiveness. Daarnaast werd bij moeder 2 vooruitgang op de kindschalen gevonden (responsiveness en involvement). In de dagelijkse meting bij moeder 2 werd gevonden dat zij haar welzijn en dat van haar kindje aan het eind de interventie alleen hoger beoordeelde op de vraag hoe rustig haar kindje was. Dit verschil was niet waarneembaar wanneer het verloop over tijd werd bekeken. De toestand van moeder verslechterde echter gedurende de interventiefase, waardoor de interventiefase als 2 aparte fases is beschouwd (voor en na verslechtering van de situatie en intensivering van de begeleiding: fase 1 en fase 2). In interventiefase 2 beoordeelt ze haar welzijn en dat van haar kindje significant lager dan in de baselinedfase. Ze geeft aan dat zij zichzelf minder goed en meer gestrest voelt en dat haar kindje minder blij is. De persoonlijk begeleider van moeder 2 beoordeelt de getoonde affectie naar haar kindje hoger gedurende interventiefase 1 dan in de baseline (in fase 2 zijn geen metingen ingevuld door de begeleider). Deze studie dient beschouwd te worden als een pilot waarin we de mogelijkheid hebben verkend om middels N=1 onderzoek de effecten te kunnen bestuderen van de ouder-baby-interventie bij twee jonge moeders met een LVB en hun kindje. De resultaten dienen met grote voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Naast dat dit onderzoek voorzichtige effecten van de ouder-kindinterventie bij beide moeders laat zien op de interactie met hun kindje, vertelt het ook meer over de bruikbaarheid van de dagelijkse metingen. De manier waarop bij moeder 1 is gevraagd naar de interactie met haar kindje leek niet aan te sluiten bij de moeder. De vragen leken te complex, omdat ze zich in haar kindje moest verplaatsen, en te onveilig vanwege de angst voor uithuisplaatsing van haar kindje. De wijze waarop bij moeder 2 is gevraagd naar hoe het met haar en haar kindje gaat, leek beter aan te sluiten.

Er was voldoende variatie in haar antwoorden. Bovendien sloten haar antwoorden aan bij wat er door de begeleiding in het dossier werd beschreven over haar welzijn gedurende de periode waarin de metingen plaatsvonden. In de periode aan het eind van het verblijf van moeder 2 (fase 2) wordt haar situatie door de begeleiding in het dossier als 'uitzichtloos' en 'schrijnend' beschreven. Ook bij de moeder was te zien dat zij het welzijn van zichzelf en haar kindje minder hoog beoordeelde in die periode. Deze manier van dagelijks meten lijkt dus beter bruikbaar om inzicht te geven in hoe het met de moeder gaat.

Het onderzoek laat ook zien dat er een spanning is tussen de ondersteuning en de begeleiding die vanuit het moeder-kindhuis wordt geboden en de beoordeling van het ouderschap die hier ook plaatsvindt. Hoewel de vorm van de ouder-baby-interventie zoals die wordt uitgevoerd in het moeder-kindhuis aansluit bij de aanbevelingen van Feldman (2004) voor interventies bij mensen met een LVB, lijkt het verblijf in een moeder-kindhuis geen gunstige omstandigheid om te kunnen profiteren van de interventie. Dit geldt ook voor de gebruikelijke begeleiding die daar wordt geboden. De inzet van zowel het verblijf als de interventie is wel dat de moeder voor het kindje kan blijven zorgen. Maar gezien de ernst en de complexiteit van de problematiek van de moeders is het onvermijdelijk dat de begeleiding ook moet kijken naar de (on)mogelijkheden van de moeder. Hoewel deze spanning belemmerend zou kunnen zijn voor de moeders om te kunnen profiteren van de interventie, wordt er op de gestandaardiseerde beoordeling middels de EAS toch een positieve ontwikkeling gezien in de kwaliteit van de ouder-kind-interactie. Deze verbetering is bij beide moeders een verandering van onvoldoende naar voldoende. Dit was zelfs het geval in de eindfase (fase 2) bij moeder 2 waarin door de gezinsvoogd een uithuisplaatsing van het kindje was aangevraagd. Het lijkt er op dat zij ondanks alle zorgen toch heeft kunnen profiteren van de begeleiding en

deze verbetering ook heeft weten vast te houden over langere tijd. Dit onderzoek laat zien dat de interventie hieraan bij lijkt te dragen, hoewel causaliteit in deze onderzoeksopzet niet met zekerheid kan worden vastgesteld. De resultaten suggereren ook dat een externe, objectieve scoring op de EAS mogelijk van nut zou kunnen zijn als aanvulling bij het beoordelen van goed genoeg ouderschap. De winst die er behaald is in de moeder-kind-interactie, die in stand blijft ondanks de crisis, wordt bijvoorbeeld niet gerapporteerd in het dossier, maar wordt wel bevestigd doordat de uithuisplaatsing van het kindje van moeder 2 uiteindelijk niet door de rechter is toegekend. Moeder en kind zijn na afronding van het verblijf in het moeder-kindhuis dan ook samen terug naar huis gegaan. De reden daarvoor was dat onvoldoende was aangetoond dat de moeder daadwerkelijk niet in staat zou zijn tot goede zorg voor het kindje. Het beeld van de begeleiding en de gezinsvoogd was met name gebaseerd op de dagelijkse interacties in het moeder-kindhuis. Dat beeld was sterk beïnvloed doordat de moeder niet gemotiveerd was voor haar verdere verblijf daar, omdat ze haar familie erg miste. Een gestandaardiseerde meting van de kwaliteit van de moeder-kind-interactie had mogelijk bij kunnen dragen aan een breder zicht op het functioneren van de moeder. Naar aanleiding van de bevindingen van dit onderzoek is door de interventiebegeleiders daarom ook een hertraining opgestart in de scoring van de video-opnamen volgens de sensitiviteit en coöperatieschalen van Ainsworth en collega's (1978) om weer meer objectief te kunnen kijken naar de kwaliteit van de ouder-kind-interactie. Uiteraard kan een objectieve scoring middels de EAS nooit het klinische oordeel van het behandelteam vervangen en dient deze objectieve scoring als kritische aanvulling te worden beschouwd.

Het onderzoeken van de effecten van de interventie werd bij beide moeders bemoeilijkt door het verloop van de interventie. Bij moeder 1 hebben slechts twee echte sessies plaatsgevonden (sessie 1 was gericht op het wennen van de moeder om gefilmd te worden). Bij

moeder 2 is de interventie zeer gespreid uitgevoerd waarbij een aantal sessies met enige regelmaat achter elkaar hebben plaatsgevonden, maar er daarna zeer lange periodes tussen de sessies hebben gezeten. Het effect dat de sessies gehad hebben is daardoor lastig over de gehele periode zichtbaar te maken, omdat het kindje zich gedurende de lange tussenperiodes fysiek, cognitief en emotioneel ontwikkelt en dus nieuwe eisen aan de moeder zal stellen. Het onderzoek heeft zichtbaar gemaakt hoe complex de uitvoering van de interventie in de omstandigheden van het moeder-kindhuis is. Het grillige verloop van de interventie heeft het onderzoek gecompliceerd, maar is tegelijkertijd niet uitzonderlijk bij deze doelgroep. Elk verblijf in het moeder-kindhuis is tijdelijk en de doelgroep van deze voorziening heeft ernstige en complexe problematiek. Het komt dan ook zeer regelmatig voor dat de interventie (tijdelijk) onderbroken wordt, vroegtijdig moet worden stopgezet of dat de moeders sessies missen. Het is daarom waarschijnlijk dat de omstandigheden waar in het huidige onderzoek tegenaan werd gelopen, representatief zijn voor de doelgroep die wordt onderzocht. Dit vraagt daarom ook om onderzoeksmethodes die hierop aan kunnen sluiten en geschikt zijn voor kleine aantallen en heterogene trajecten.

Er deden zich in dit onderzoek wel een aantal specifieke belemmeringen voor met betrekking tot het gebruik van de EAS, waarmee de ouder-kind-interactie werd gemeten. Ten eerste is het voor een betrouwbare score op de EAS van belang dat de gebruikte opnames vijftien tot twintig minuten duren. Hoewel de begeleiding hier voor aanvang van de interventie over was geïnformeerd, bleek het filmen met moeite tien minuten vol te houden. Dit is geen uitzondering, het filmen is voor de jonge moeders over het algemeen iets wat beladen is en waartoe ze sterk gemotiveerd moeten worden. Wellicht zou het minder beladen zijn wanneer voor het onderzoek aparte opnames gemaakt worden. Ook zou in vervolgonderzoek mogelijk de sensitiviteit en coöperatieschalen van Ainsworth en collega's (1978) gebruikt kunnen

worden. Deze schalen worden in de interventie zelf gebruikt om de doelen voor de moeder te formuleren en zijn betrouwbaar te scoren bij opnames vanaf tien minuten. Een nadeel is dat er geen kindschalen worden gebruikt. Een andere beperking van dit onderzoek die hiermee zou kunnen worden weggenomen betreft het feit dat de opnames door slechts één beoordeelaar zijn gescoord. De training voor het scoren van de EAS is kostbaar en tijdsintensief waardoor het niet is gelukt meer dan één beoordeelaar te vinden voor dit onderzoek.

Een andere beperking die zich voordeed in dit onderzoek betreft de dagelijkse metingen. De meting bij de moeder zelf is alleen ingevuld gedurende haar verblijf en niet op de dagen dat zij met verlof was. De meting bij de persoonlijk begeleider is alleen ingevuld op de dagen dat zij aan het werk was. De scores op deze metingen zijn dus niet random verdeeld over de tijd. Ook zijn er maar weinig metingen ingevuld door de persoonlijk begeleiders. Daarnaast is de moeder in het tweede traject gewisseld van persoonlijk begeleider waardoor in de laatste fase van haar verblijf helemaal geen data meer kon worden verzameld op deze maat. De uitkomsten van de analyses op deze metingen dienen daarom voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

Hoewel zich beperkingen hebben voorgedaan bij het verzamelen van de kwantitatieve data voor dit onderzoek zijn er ook enkele interessante kwalitatieve bevindingen gedaan. Zo kwam naar voren dat de interventie zoals die in het moeder-kindhuis wordt aangeboden in een aantal opzichten afwijkt van de originele opzet. De eerste aanpassing is hierboven al genoemd en betreft het spreiden van het maken van de video-opname en de interventie zelf. Deze aanpassing maakt dat de cognitieve en emotionele belasting van de interventie lager wordt gehouden en geeft de moeder meer tijd om te oefenen met de vaardigheden die in de sessie aan bod komen. Hier wordt de moeder in de dagelijkse begeleiding ook bij ondersteund. Dit sluit aan bij de behoeften van deze doelgroep, maar maakt ook dat het lastiger is om

een effect van de interventie op zichzelf vast te stellen. In het huidige onderzoek wordt dan ook deze aangepaste uitvoering van de interventie onderzocht en vergeleken met de dagelijkse begeleiding zonder de interventie (de baselinefase).

Iets anders dat naar voren is gekomen is de sterke aandacht voor het motiveren van de moeder. Dit is ook een belangrijk aspect van de originele opzet, maar in het moeder-kindhuis wordt hier extra aandacht aan besteed. Dit is belangrijk omdat leren bij mensen met een LVB als gevolg van hun beperking vaak sterk is geassocieerd met faalervaringen (De Wit, Moonen, & Douma, 2011). Bij het interventietraject van moeder 1 is dit terug te zien in de eerste sessie, die geheel is gericht op het motiveren en bekrachtigen van moeder in het gefilmd worden. Een ander verschil is dat er in het moeder-kindhuis dag en nacht begeleiding aanwezig is. De vaardigheden waar in de interventie aan wordt gewerkt, worden daardoor ook tussen de sessies door voorgedaan en gecoacht. Al deze aanpassingen sluiten aan bij de aanbevelingen van Feldman (2004) voor interventies bij ouders met een LVB.

In het huidige onderzoek zijn eerste aanwijzingen gevonden van een positief effect van de ouder-baby-interventie op de moeder-kindrelatie bij een moeder met een LVB. Deze bevindingen ondersteunen de huidige toepassing van de interventie in de praktijk van het moeder-kindhuis van Pluryn. Wel kende dit onderzoek vele beperkingen die in een vervolgonderzoek ondervangen dienen te worden. Zo zou in een vervolgstudie goed nagedacht moeten worden over hoe een moeder in deze beladen situatie toch met een veilig gevoel kan oordelen over hoe het met haar en haar kindje gaat. Het lijkt ons van belang om moeders al in de opzet van de studie te betrekken zodat zij zelf kunnen meedenken over hoe dit mogelijk zou kunnen worden gemaakt. Daarnaast is het voor het aantonen van een effect van de interventie van belang dat dit in meerdere, onafhankelijke omstandigheden wordt onderzocht. Het zicht op een causaal verband in een N=1 studie wordt vergroot wanneer in meerde-



re, onafhankelijke trajecten hetzelfde patroon wordt aangetroffen. Daarvoor zal deze studie ook in andere instellingen moeten worden uitgevoerd. Desalniettemin laat deze studie zien dat een N=1 onderzoeksopzet bruikbaar kan zijn bij deze heterogene en lastig te onderzoeken doelgroep.

In het huidige onderzoek zijn eerste aanwijzingen gevonden van een positief effect van de ouder-baby-interventie op de moeder-kindrelatie bij een moeder met een LVB. Deze bevindingen ondersteunen de huidige toepassing van de interventie in de praktijk van het moeder-kindhuis van Pluryn. Wel kende dit onderzoek vele beperkingen die in een vervolgonderzoek ondervangen dienen te worden. Zo zou in een vervolgstudie goed nagedacht moeten worden over hoe een moeder in deze beladen situatie toch met een veilig gevoel kan oordelen over hoe het met haar en haar kindje gaat. Het lijkt ons van belang om moeders al in de opzet van de studie te betrekken zodat zij zelf kunnen meedenken over hoe dit mogelijk zou kunnen worden gemaakt. Daarnaast is het voor het aantonen van een effect van de interventie van belang dat dit in meerdere, onafhankelijke omstandigheden wordt onderzocht. Het zicht op een causaal verband in een N=1 studie wordt vergroot wanneer in meerdere, onafhankelijke trajecten hetzelfde patroon wordt aangetroffen. Daarvoor zal deze studie ook in andere instellingen moeten worden uitgevoerd. Desalniettemin laat deze studie zien dat een N=1 onderzoeksopzet bruikbaar kan zijn bij deze heterogene en lastig te onderzoeken doelgroep.

*De auteurs danken Albert Ponsioen, klinisch neuropsycholoog en medewerker van het Landelijk Kenniscentrum LVB voor advies over de statistische analyse van de data en ondersteuning bij de uitvoering daarvan.*

## Referentielijst

- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Bradley, R. H. (2005). Those who have, receive: The Matthew effect in early childhood intervention in the home environment. *Review of Educational Research*, 75, 1-26.
- Bartels, A., Spreen, M., Schuringa, E., & Teeken, V. (2008). N= 1: *Nauwkeurige en sensitieve behandel-evaluatie op individueel niveau*. Groningen: Forensisch-Psychiatrisch Centrum (FPC) van Mesdag/Doorwerth: dr. Leo Kannerhuis.
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34, 114-167. Doi:10.1016/j.dr.2014.01.002
- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (1998). *Emotional Availability Scales* (3rd ed.). Fort Collins: Department of Human Development and Family Studies, Colorado State University.
- Borckardt, J. J., & Nash, M. R. (2014). Simulation modelling analysis for small sets of single-subject data collected over time. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24, 492-506. Doi: 10.1080/09602011.2014.895390
- Chang, L., Schwartz, D., Dodge, K. A., & McBride-Chang, C. (2003). Harsh parenting in relation to child emotion regulation and aggression. *Journal of Family Psychology*, 17, 598-606.
- Deater-Deckard, K., Sewell, M., Petrill, S., & Thompson, L. (2010). Maternal working memory and reactive negativity in parenting. *Psychological Science*, 21, 75-79.
- Deater-Deckard, K., Wang, Z., Chen, N., & Bell, M. A. (2012). Maternal executive function, harsh parenting, and child conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 53, 1084-91. Doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02582.x
- Doesum, K. van, & Brok, C. (2015). *Handboek: Een preventieve interventie voor ouders met psychiatrische problemen en hun baby's*. Deventer: Mindfit-Dimence groep.
- Doesum, K. van, Hosman, C. M., & Riksen-Walra-

De Vletter, Van Santvoort & Van Doesum *Effecten van ouder-baby-interventie bij twee jonge moeders*

- ven, J. M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal, 26*, 157-176.
- Doesum, K. van, Riksen-Walraven, J. M., Hosman, C. M., & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development, 79*, 547-561.
- Feldman, M. A. (2004). Parenting education for parents with intellectual disabilities: A review of outcome studies. *Research in Developmental Disabilities, 15*, 299-332.
- IJzendoorn, M. H. van, Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development, 63*, 840-858.
- Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M., Riksen-Walraven, J. M., Doesum, K. van, & Hoefnagels, C. (2010). Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 1160-1170.
- Maric, M., Haan, E. de, Hogendoorn, S. M., Wolters, L. H., & Huizinga, H. M. (2015). Evaluating statistical and clinical significance of intervention effects in single-case experimental designs: An SPSS method to analyze univariate data. *Behavior Therapy, 46*, 230-241.
- Schuengel, C., Kef, S., Hodes, M. W., & Meppelder, M. (2017). Parents with intellectual disability. *Current Opinion in Psychology, 15*, 50-54.
- Wade, C., Llewellyn, G., & Matthews, J. (2011). Modeling contextual influences on parents with intellectual disability and their children. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 116*, 419-437.
- Willems, D. L., Vries, J. N. de, Isarin, J., & Reinders, J. S. (2007). Parenting by persons with intellectual disability: An explorative study in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*, 537-544. Doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00924.x
- Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.