

Tilburg University

Understanding infants

van Bakel, Hedwig

Publication date:
2012

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
van Bakel, H. (2012). *Understanding infants: Van schoot tot sofa.*

General rights

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

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

Take down policy

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

Understanding infants: van schoot tot sofa

Rede

Rede uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van
bijzonder hoogleraar Infant Mental Health
aan Tilburg University op 5 oktober 2012

Deze bijzondere leerstoel is mogelijk gemaakt door Dimence,
Geestelijke Gezondheidszorg

© Hedwig van Bakel, Tilburg University, 2012
ISBN: 978-94-6167-119-6

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier.

www.tilburguniversity.edu/nl

Inhoudsopgave

Inleiding

6

Van -9 tot +5	8
Terug naar de basis	10
Heeft Lisa geestelijke problemen?	10
Statistiek van de liefde	11
Als het misgaat...	13
Modellen	14
Hoeveel Lisa's?	16
Vroegsignalering	17
Aanbod voor Lisa	18

De klinische toekomst	25
De wetenschappelijke toekomst	26
Dankwoord	30
Referentie en voetnoten	34

Mijnheer de Rector,

Geachte leden van de Raad van Bestuur en

Directie van de divisie Jeugd & Autisme van Dimence,

Gewaardeerde toehoorders,

“Laatst zag ik een patiënte, Lisa. Ze was in de war en worstelde enorm met haar emoties. Lisa sliep al weken slecht, raakte snel van streek en kon nauwelijks ophouden met huilen. Ze was aan het herstellen van een eetprobleem en had moeite met aangaan van relaties.

Lisa is 10 maanden oud...”

Stel dat Lisa een volwassen vrouw van een jaar of 26 is die recent in therapie is gegaan omwille van de problemen waar ze momenteel mee worstelt. Iedereen zal dit accepteren en herkenbaar vinden. Nu Lisa een baby van nog geen jaar is roept dit vragen op. Waarom?

“Omdat baby’s al sinds jaar en dag worden beschouwd als teken van leven, energie, geluk en het positieve in de menselijke wereld. Er kleeft niks negatiefs aan baby’s”. Dit zijn de woorden waarmee Keith Haring –een Amerikaans modern kunstenaar– zijn voorkeur voor het tekenen van baby’s eens onderbouwde¹. Voor de meeste baby’s geldt ook dat ze zich doorgaans vrolijk en goed ontwikkelen. Helaas zijn er ook baby’s zoals Lisa, die dagenlang huilen, voortdurend van slag zijn, niet eten, slecht slapen en maar niet gekalmeerd kunnen worden. Een medische oorzaak wordt vaak niet gevonden. En ouders die met de handen in het haar zitten, omdat ze niet weten wat er aan de hand is. Ze raken uitgeput door de slapeloze nachten, door de zorgen en frustraties en kiezen uiteindelijk voor de weg naar de hulpverlening, de geestelijke gezondheidszorg voor baby’s en peuters: het vakgebied van de Infant Mental Health.

‘Infant Mental Health’ is de term voor het alomvattende multi- en interdisciplinaire onderzoeks- en praktijkveld waarin niet alleen professionals uit de praktijk maar ook onderzoekers uit verschillende disciplines (zoals psychiaters, psychologen, sociaal werkenden en kinderartsen) zich bezighouden met de sociale en emotionele ontwikkeling van jonge kinderen en waar de ouder-kind relatie centraal staat^{2,3}. In het kort komt het er op neer dat via de ouder-kind relatie de groei en ontwikkeling van de baby en peuter in al haar facetten wordt bevorderd^{4 a}.

Vandaag neem ik u aan de hand van Lisa mee langs fundamenteel en toegepast wetenschappelijk onderzoek op het gebied van Infant Mental Health.

Infant Mental Health mag dan een van oorsprong klinisch vakgebied zijn, het is er wel een met een forse wetenschappelijke basis en met wetenschappelijke aspiraties voor de toekomst. Dit is ook de reden dat er vandaag een bijzonder hoogleraar Infant Mental Health voor u staat. Een hoogleraar die voor de komende jaren de ambitie heeft het vakgebied Infant Mental Health in Nederland verder wetenschappelijk vorm te geven door het uitvoeren van fundamenteel maar vooral ook door toegepast wetenschappelijk onderzoek, een in menig opzicht nog onontgonnen terrein. Met behulp van fundamenteel onderzoek, dat primair is gericht

op begrip van mechanismen en patronen, wil ik problemen bij baby's zoals Lisa beter begrijpen. Wat zijn factoren die er voor zorgen dat Lisa zo slecht slaapt, niet eet en dagenlang huilt? Hoe Lisa en haar ouders geholpen kunnen worden is een vraag die toegepast wetenschappelijk onderzoek vereist, onderzoek dat praktischer van aard is en van meet af aan gericht op het ontwikkelen van toepassingen, waaronder innovatieve en veelbelovende interventies. De samenwerking met Dimence Geestelijke Gezondheidszorg, de instelling die deze leerstoel mogelijk maakt, en waar baby's en ouders in zorg komen, biedt daartoe uitstekende mogelijkheden^b.

Van -9 tot +5

Inmiddels heeft u begrepen dat 'infant' de Engelse vertaling en synoniem is voor 'baby'. 'Infant' is afgeleid van het Latijnse 'infans' dat letterlijk 'onmondig' betekent. Het leeftijdsbereik waarop Infant Mental Health betrekking heeft, is de afgelopen jaren wat verschoven. Binnen de kindergeneeskunde refereert 'infant' naar een baby, een kind in het eerste levensjaar. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is echter in de loop van de tijd de traditie ontstaan de 'infancy' periode uit te rekken en te definiëren als de periode vanaf de geboorte tot drie en tegenwoordig zelfs vijf jaar³. Sinds enkele jaren -en mede door de huidige kennis over het effect dat factoren tijdens de zwangerschap al kunnen hebben op de ontwikkeling van kinderen- is de infancy periode aan de onderkant zelfs vervroegd tot -9 maanden. Uit onderzoek van onder andere collega Bea van den Bergh⁵ en uit mijn eigen onderzoek met oud-promovenda Anouk de Bruijn^{6,7} blijkt dat al tijdens de zwangerschap de psychische gesteldheid van een moeder invloed kan hebben op de ontwikkeling van een baby. Zo vonden we dat meisjes in de peuter- en kleutertijd met veel meer stress reageerden op een frustrerende taak als hun moeders erg angstig waren geweest tijdens de zwangerschap. Deze meisjes worden in de baarmoeder biologisch anders voorgeprogrammeerd en hun stresssysteem wordt anders afgesteld. In lopend onderzoek van promovendi Janneke Maas, Charlotte Vreeswijk en Evi de Cock^{8,9} dat ik samen met Kathinka Rijk en Ad Vingerhoets uitvoer, vinden we tijdens de zwangerschap ook factoren die kunnen voorspellen hoe ouders na de geboorte met hun baby om zullen gaan. Zo blijkt in een grote groep moeders die we met 26 weken zwangerschap hebben geïnterviewd dat er moeders zijn die nog helemaal niks voelen voor de baby in hun buik, terwijl anderen al lieve koosnaampjes hebben bedacht, de baby er ook mee aanspreken en maar niet uitgepraat raken over wat hij in de buik al allemaal doet en kan! Zes maanden na de geboorte hebben we dezelfde moeders thuis geobserveerd toen ze met hun baby speelden. En wat zagen we: eenzelfde afstandelijkheid of juist enthousiasme en stimulering in interactie met hun baby. Waardevolle bevindingen die het verschuiven van de leeftijdsgrens en het betrekken van aanstaande ouders bij het veld van Infant Mental Health ondersteunen.

Het is bijzonder dat in de loop der jaren de Engelse term Infant Mental Health niet is vervangen en dat er geen Nederlandse term is ontstaan. De term is integraal overgenomen uit het Engels en heeft inmiddels zijn intrede gedaan binnen het veld van de Nederlandse Jeugd- en Geestelijke Gezondheidszorg. De term is zodanig aan het inburgeren - mede door het instellen van deze leerstoel en hopelijk ook na vandaag- dat ik achterwege laat een origineel alternatief aan te dragen. Het is vergelijkbaar met een term als Human Resource Management, afgekort HRM. Een term op het gebied van personeelsbeleid die de laatste jaren ook goed ingeburgerd is geraakt. U moet toegeven dat het indrukwekkender klinkt als u zegt dat u zich bezighoudt met Human Resource Management dan met 'beheer van menselijke productiemiddelen'. Zo ook met Infant Mental Health. Kunnen zeggen dat u deskundig bent op het gebied van Infant Mental Health of IMH klinkt wat abstract, maar de Nederlandse alternatieven zijn lang, bieden weinig duidelijkheid of wekken zelfs de indruk dat je met een babyfluisteraar te maken hebt!

Terug naar de basis

Het was Selma Fraiberg¹⁰, een Amerikaans maatschappelijk werkster en psychoanalytica, die de term Infant Mental Health aan het begin van de jaren '70 introduceerde. Zij was in de Verenigde Staten een van de eersten die klinisch werkte met zeer jonge kinderen. Aan het einde van de jaren '60 was de wetenschappelijke kennis over wat baby's al allemaal kunnen in de eerste levensjaren in een razendsnel tempo gegroeid. Op universiteiten hielden steeds meer psychologen zich bezig met onderzoek naar de ontwikkeling van baby's. Op kinderafdelingen in ziekenhuizen kregen ook neonatologen en kinderartsen steeds meer kennis over de ongelooflijke mogelijkheden die pasgeborenen hebben¹¹. De ideeën van Spitz¹² dat baby's depressieve symptomen vertonen als gevolg van emotionele verwaarlozing en van Bowlby¹³ dat naast een gevuld buikje een warm nest net zo, zo niet belangrijker is, wonnen steeds meer terrein. En Bell¹⁴ had aangetoond dat kinderen net zo'n grote invloed hebben op het gedrag van hun ouder als de ouder dat heeft op dat van het kind. Het kernprincipe in Fraibergs werk was dan ook dat er niet alleen

aandacht moest worden besteed aan het kind of alleen aan de ouder maar vooral aan de **relatie** tussen ouder en kind. Fraiberg maakte fraai gebruik van de nieuwe wetenschappelijke kennis die er in die tijd beschikbaar kwam en beschreef deze kennis als een waardevolle schat waarmee baby's en ouders geholpen moesten worden¹⁵. Zij omschreef dit als *“a treasure that should be returned to babies and their families as a gift from science”*¹⁶. Fraiberg was haar tijd ver vooruit en had toen al goed gezien dat voor de wetenschap een valoriserende taak is weggelegd, dit is *“het tot maatschappelijke waarde brengen van wetenschappelijke kennis”*. Ook de bijzondere leerstoel die ik vandaag in het openbaar aanvaard is hiervan een perfect voorbeeld.

“Lisa is in de war, slaapt en eet al weken slecht, raakt snel van streek en houdt nauwelijks op met huilen.”

Heeft Lisa geestelijke problemen?

Klassieke theoretici zouden gelachen hebben om deze vraag. Hoewel Freuds¹⁷ visie over het belang van de babyjaren tamelijk revolutionair was en hij latere onderzoekers als Bowlby¹³ heeft geïnspireerd, was een baby volgens hem alleen maar gericht op het bevredigen van zijn driften en wilde hij alleen maar eten, drinken, plassen en poepen. Psychologen waren ook lang de mening toegedaan dat baby's nog geen hersenschors hadden, alsof het een soort huilende wortels waren, groenten met een paar reflexen¹⁸. Watson¹⁹ ging zelfs zo ver dat hij het geestelijke leven van een baby een verzinsel van de volwassen verbeelding vond, de volwassene die volgens hem zelf 'mindless' zou zijn. In de ogen van deze klassiekers begrepen baby's dus nog weinig van zichzelf en de wereld om hen heen. In deze historische visies kon een baby zoals Lisa eenvoudigweg geen geestelijke problemen hebben omdat zij geen geestelijk leven heeft²⁰.

Statistiek van de liefde

Gelukkig weten we tegenwoordig beter en erkennen we de enorme competenties en vaardigheden van baby's zoals Lisa²¹. Dit wordt prachtig beschreven in het boek *‘The Philosophical Baby’*²². Baby's, hoe klein ook, zijn net wetenschappers die statistiek en experimenten gebruiken om iets te leren over wat er in de wereld om hen heen gebeurt, met name over degenen die voor ze zorgen. Ze proberen voortdurend een relatie te vinden tussen hun eigen emoties en gedrag en dat van hun ouders. *‘Als ik lach, lacht mama terug’*, *‘als ik begin te huilen houdt papa me vast’*. Hoe vaker deze gedragingen samen voorkomen hoe groter de waarschijnlijkheid dat een baby patronen gaat ontdekken en vertrouwen in de ouder krijgt. Je zou dit statistiek van de liefde kunnen noemen.

Nu is de mate waarin een baby in staat is zijn gedrag en emoties te beheersen wanneer dat nodig is (d.i., zelfregulatie), vooral na de geboorte nog erg beperkt. Hij heeft dan een ouder nodig die hem helpt zijn gedrag te reguleren, een vaardigheid die het kind in de loop van de jaren steeds beter zelf kan uitvoeren. Deze zelfregulatie begint dus heel rudimentair in de babytijd met behulp van externe regulatie door een ouder en evolueert in de peuter- en kleutertijd tot steeds meer zelfregulatie. De dyadische regulatie door een ouder wordt als het ware vervangen door het steeds groter vermogen tot zelfregulatie^{22,23}. Het zijn de ouders die het vermogen hebben aan te voelen wat er in hun kind omgaat en op basis daarvan adequaat handelen, die ervoor zorgen dat een baby leert zijn gedrag te reguleren. Via *‘de statistiek van de liefde’* leert een baby omgaan met verschillende emoties. Om in methodologische termen te blijven zou je kunnen spreken van een sterke statistische relatie tussen ouder en kind.

Dat vroege en optimale ouder-kind interacties inderdaad bijdragen aan het zelfregulerend vermogen van baby's vond ik ook terug in de Nijmeegse Longitudinale Studie²⁴. Baby's van een jaar oud die een moeder hadden die hen in dagelijkse situaties ondersteunde en haar gedrag goed wist af te stemmen op haar baby reageerden in een stressvolle situatie met minder stress (i.c., hun cortisol, stresshormoon, was minder hoog) dan baby's met een insensitieve en niet ondersteunende moeder²⁵. Maar daar bleef het niet bij. De baby's die het op een-jarige leeftijd getroffen hadden met zo'n afgestemde moeder, waren zelfs op 7-jarige leeftijd beter in staat hun gedrag in verschillende alledaagse situaties te reguleren²⁶. In haar oratie *‘Wie het kleine niet eert...’* heeft mijn promotor Marianne Riksen-Walraven²⁷ aan de hand van moderne neurobiologische inzichten over de vroege hersenontwikkeling bij jonge kinderen, fraai gepresenteerd hoe deze relaties verklaard kunnen worden. Deze inzichten maken namelijk duidelijk dat vroege sociale interacties (en vooral goed afgestemde interacties) een cruciale rol spelen bij de

ontwikkeling van die hersenstructuren die verantwoordelijk zijn voor de latere gedrags- en emotieregulatie. Hersenen zijn afhankelijk van ervaring, vooral in de eerste 2, 3 jaar. Ik wil hier dan ook niet uitgebreid op ingaan, niet meer dan door te verwijzen naar haar werk en dat van anderen, zoals het boek 'Het babybrein' van Sabine Hunnius^{28,29}.

Terug naar Lisa. *"Lisa is in de war, slaapt en eet al weken slecht, raakt snel van streek en houdt nauwelijks op met huilen."*

Het is niet altijd eenvoudig voor de ouders van Lisa hun gedrag af te stemmen op wat Lisa nodig heeft. Er ontstaan naast zogenaamde afgestemde gedragingen ofwel 'matches', ook geregeld 'mismatches' als Lisa en haar ouders 24 uur per dag bij elkaar zijn. Dat hoeft niet meteen problematisch te zijn. Korte dyadische mismatches komen namelijk in allerlei dagelijkse situaties voor. Ouders zullen samen met Lisa voortdurend proberen de interacties weer op de rails te krijgen, of in meer professionele termen, proberen de mismatch te herstellen of repareren als deze spaak loopt. Zelfs in de beste families blijkt slechts een op de drie interacties afgestemd³⁰. Dit zal een geruststelling voor u zijn. Tronick³¹ heeft dit proces van 'match, mismatch en repair' eens omschreven als een dans die plaatsvindt tussen ouder en baby. Niet een dans tussen Ginger Rogers en Fred Astaire maar een dans zoals velen van ons zullen dansen. Dat gaat niet altijd perfect: er zijn misstappen, je staat een keer op de teen van de ander, er komen verontschuldiging, je doet weer een poging, en het gaat weer een tijdje goed, dan weer een misstap, bijstellen en weer verder. U kunt het zich ongetwijfeld voorstellen.

Als het misgaat...

Een verontrustend scenario doet zich voor wanneer dyadische mismatches niet tijdig worden gerepareerd, steeds weer terugkeren en er geen moment van zogenaamde reparatie plaatsvindt. Dit leidt tot spanning en stress. Lisa moet immers al haar energie besteden aan het zichzelf weer tot rust brengen, reguleren. Hierdoor is het moeilijk om nog contact te maken met de wereld om haar heen en met haar ouders. Dit is dan vaak het begin van allerlei problemen en verstoringen. Moeite met in- en doorslapen, overmatig huilen, slecht eten, zich terugtrekken en ontoestbaar zijn is het gevolg³². Ouders worden daar weer onzeker en angstig van, wat weer invloed heeft op Lisa die dit feilloos aanvoelt. Om in de termen van de 'dans' te blijven: Stel u voor dat u en uw danspartner voortdurend op elkaars tenen trappen, er komen geen excuses en er volgen nog geen drie correcte stappen achter elkaar. Hoe graag u ook wilt en hoe veel u er ook voor over heeft, die quickstep wil er maar niet in. Wat volgt is dat u chagrijnig wordt, geagiteerd, om het minste of geringste uit uw slof schiet en er misschien ook 's nachts nog wakker van ligt. Knap als u er dan uiteindelijk niet de brui aan geeft. Bij Lisa was wellicht sprake van een vergelijkbare situatie. Ook zij en haar moeder kregen de dans niet onder de knie.

Mismatches tussen ouders en kind en moeizaam verlopende relaties zijn niet alleen toe te schrijven aan óf het kind óf aan ouders, het is een wisselwerking. Een klassiek en klinisch voorbeeld dat dit fraai illustreert komt uit het klinische werk van Fraiberg³³ zelf waar ze werkte met blinde en slechtziende baby's en hun ziende moeders. Ze vond dat sommige blind geboren baby's zich normaal en zonder problemen ontwikkelden terwijl anderen problematisch gedrag gingen vertonen in de loop van de tijd. Wat haar verder opviel was dat alle moeders in het begin hun normale communicatieve gedrag vertoonden, zoals de baby aankijken en tegen hem lachen. Maar de moeders kregen van de baby niet de reactie die ze verwachtten en waar ze naar verlangden. De ogen van de baby's begonnen namelijk niet te glinsteren als moeder in de buurt kwam. Hierdoor voelde sommige ouders zich afgewezen en vonden zichzelf niet geschikt als ouder. Fraiberg merkte dat sommige ouders zich van hun kind gingen afwenden en onthecht raakten. Ze gingen minder interacties met hun kind aan en als gevolg hiervan trokken de baby's zich ook steeds meer terug. Een vicieuze cirkel, waarbij moeders zich nog hulpelozer voelden, nog minder met hun kind omgingen, waardoor de baby's op hun beurt nog meer op zichzelf aangewezen waren. Fraiberg merkte op dat dit soort cirkels en patronen verbroken kon worden als moeder bleef praten tegen de baby, hoe moeilijk dit soms ook was, waarop deze de handjes en voetjes ritmisch ging bewegen. Als Fraiberg dit aan moeders teruggaf en samen met haar naar de baby keek kregen de moeders meer zelfvertrouwen. Ze zagen dat de baby inderdaad op hen reageerde. Moeders voelden zich weer belangrijk, reageerden weer met meer passie, en leerden beter af te stemmen.

Ook de problemen van Lisa moeten gezien worden als het product van een continu dynamisch proces tussen Lisa en haar ouders. Lisa heeft invloed op haar moeder, die hierdoor haar gedrag aanpast en dit heeft

weer invloed op Lisa²². Mooi aan dit model is het gelijke belang dat wordt gehecht aan gedrag van een kind en dat van de ouder. Het kind kan een sterke bepaler zijn voor de huidige ervaringen van een ouder maar uitkomsten kunnen nooit systematisch worden toegeschreven aan óf het kind óf de ouder, ze ontstaan in de relatie. Klinisch gezien is dit van enorme waarde, omdat hiermee de mogelijkheid om de 'schuld' bij een kind te leggen of ouders een 'schuldgevoel' te geven ontnomen wordt.

Modellen

Ouders moeten dus voortdurend afstemmen en zich aanpassen aan hun eigen unieke baby, aan hun Lisa, met een eigen genetische, biologische maar ook psychologische opmaak en vice versa. Elke baby, elke Lisa, moet dit doen met de ouder die zij voor zich heeft, een ouder met ook een eigen persoonlijkheid, een eigen voorgeschiedenis en eigenaardigheden, in een bepaald gezin, binnen een bepaalde cultuur en maatschappij, met eigen waarden en normen^{23,34}. Het is te vergelijken met een Matroesjka waar een klein popje (met eigen biologische en psychologische kenmerken) ingesloten zit in een groter geheel van popjes die ook elk hun eigen biologie en psychologie hebben, met factoren die de ontwikkeling kunnen belasten of bevorderen. Hier wil ik de analogie naar de dans nog een keer maken. Er zijn verschillende factoren die er voor konden zorgen dat u de dans met uw partner niet onder de knie kreeg. Wellicht had een van u er echt geen aanleg voor, heeft u dansen van huis uit niet meegekregen en hadden uw ouders er zelfs een vreselijke hekel aan. Misschien was de match met uw partner er gewoon niet, was hij toch echt een stuk sneller en gepassioneerder dan u. Of had u toch andere dingen aan uw hoofd waardoor u zich onvoldoende op de dans kon concentreren. Allerlei factoren van aanleg tot ervaring kunnen het onder de knie krijgen van een goede dans in de weg gestaan hebben.

Uit de Nijmeegse Longitudinale Studie³⁵ bleek inderdaad dat verschillende factoren invloed hebben op de manier waarop ouders afstemmen op hun baby. Het karakter van de baby, maar ook moeders eigen persoonlijkheid en haar eigen opvoedingsgeschiedenis waren van belang, evenals de steun die moeder van haar partner ontving bij de opvoeding. Hiermee werd empirisch bevestigd dat de ouder-kind interactie niet een opzichzelfstaand iets is maar een sociaal gebeuren dat door factoren uit allerlei domeinen wordt beïnvloed³⁶. In deze Nijmeegse studie vonden we vervolgens dat negatieve interacties met moeder en een verstoorde ouder-kind relatie in de baby- en peuters tijd de meest krachtige voorspellers voor onrustig en druk gedrag op de kleuterleeftijd waren³⁷. En laten dat nou net de cruciale elementen van Infant Mental Health zijn.

Recent introduceerde Sameroff³⁸, de "Unified Theory of Development", een uitbreiding en samensmelting van zijn initiële modellen. Hiermee wordt de ontwikkeling van een kind, met zijn genetische, biologische en psychologische opmaak, in relatie met zijn ouders en binnen de context van een gezin en sociale omgeving door de tijd heen verklaard. Dit bio-psycho-sociaal-ecologische model waarin ook het eerder gepresenteerde model van dyadische naar zelfregulatie is geïntegreerd, lijkt recht te doen aan de werkelijkheid maar is té complex om in zijn geheel empirisch te kunnen toetsen. Dit model maakt desalniettemin duidelijk met welke aspecten rekening moet worden gehouden om ontwikkelingsfenomenen en problemen bij baby's als Lisa te verklaren. Het is een model waarin Fraibergs klinische ervaringen met ouders en baby's uit de jaren '70 en de huidige ervaringen van professionals die werken met baby's en peuters uitstekend zijn in te passen.

Dit model biedt klinici en Infant Mental Health specialisten een theoretisch raamwerk voor inzicht in Infant Mental Health problematiek. Ofschoon mijn collega's, en ikzelf ook, in ons klinische werk met baby's, peuters en ouders allen de wens hebben voor simpele, rechtlijnige verklaringen, blijft ontwikkeling, zeker in die eerste jaren, complex. We ontkomen niet aan complexiteit. Modellen om problemen en stoornissen bij baby's en peuters te begrijpen dienen immers volledig genoeg te zijn om grip te krijgen op ontwikkeling in zijn geheel.

Ook in methodologisch opzicht ervaar ik, als onderzoeker, een uitdaging in het toepassen van dergelijke modellen voor fundamenteel onderzoek op het gebied van Infant Mental Health. Gelukkig bieden huidige statistische analysetechnieken de mogelijkheid onderdelen van het model, zoals de directe en indirecte invloed door de tijd heen van het kind op de ouder en de ouder op het kind, te onderzoeken. Met de schat aan longitudinale gegevens die ik afgelopen jaren samen met collega's heb verzameld hoop ik verschillende bidirectionele en transactionele relaties in de komende jaren verder te kunnen uitpluizen. Daarbij wil ik me niet beperken tot gezonde populaties en gezinnen waarin het relatief goed gaat. Ik wil

het toegepaste wetenschappelijk onderzoek uitbreiden en vooral uitvoeren bij klinische populaties, bij baby's zoals Lisa, bij wie de vraag van ouders *'help me mijn baby te begrijpen'* het meest urgent is. De mogelijkheid om hiermee aanknopingspunten voor innovatieve en veelbelovende interventies op het gebied van Infant Mental Health te vinden, en daarmee valoriserend bezig te zijn, is de moeite meer dan waard.

Hoeveel Lisa's?

Ik heb u geschetst hoe problemen bij baby's zoals Lisa kunnen ontstaan. De vraag die volgt is 'hoeveel Lisa's zijn er?' Hoeveel baby's en peuters hebben eet-, slaap-, huil-, regulatie- en relatieproblemen? Als het gaat over psychosociale problemen, zoals teruggetrokken, agressief of onrustig gedrag, problemen die met behulp van globale signaleringsinstrumenten worden gesignaleerd binnen de Jeugdgezondheidszorg, heeft in Nederland ongeveer 6-8% van de kinderen onder de 5 jaar daar last van^{39,40,41}. Dit zijn echter niet allemaal Lisa's, de specifieke groep baby's, peuters en kleuters die daadwerkelijk worden doorverwezen naar de tweedelijns en worden gediagnosticeerd met stress-, affect-, angst-, regulatie-, slaap- of eetstoornissen met behulp van officiële classificatiesystemen zoals de Diagnostic Classification 0-3:R^c. Als voor deze groep dezelfde vraag wordt gesteld, is het antwoord dat we dat niet weten. Nederlandse gegevens ontbreken. Buitenlandse studies, hoewel ook schaars, laten zien dat ongeveer een op de zeven 0-4 jarigen psychische problemen heeft die de ontwikkeling ernstig beïnvloeden⁴². Deze buitenlandse studies tonen ook dat bij jonge kinderen die worden doorverwezen naar de tweedelijns gezondheidszorg in de meeste gevallen sprake is van regulatiestoornissen (waaronder eet-, huil- en slaapproblematiek), affectieve stoornissen, gehechtheidsproblemen en traumatische stress stoornissen⁴³. Daarnaast blijkt bij de meeste kinderen ook sprake van een verstoorde relatie tussen ouder en kind. Dit is niet verwonderlijk gezien hetgeen ik u eerder heb verteld. Baby's leren de vaardigheid tot regulatie van het eigen gedrag (en dus ook slapen en eten) door goed afgestemde ouder-kind interacties.

Dit bevestigt eens te meer de onafscheidelijke samenhang tussen de ouder-kind relatie en psychopathologie in de baby en peutertijd.

Opvallend is dat relatieproblematiek tussen ouder en kind voor huis- en consultatiebureau-artsen nauwelijks een reden voor verwijzen was⁴⁴. Tegelijkertijd bleek wel ongeveer de helft van de kinderen die uiteindelijk werden verwezen te voldoen aan de criteria van een relatiestoornis. Bovendien was een opvallende ontwikkelingsdimensie merkbaar in doorverwijzen. Van de kinderen die in het eerste levensjaar werden doorverwezen was naast eetproblematiek een depressie bij de moeder de voornaamste reden voor verwijzing. In het tweede levensjaar werden peuters voornamelijk om eet- en slaapproblematiek verwezen en in het derde jaar was eet- en gedragproblematiek het meest voorkomend. Gedragsproblemen zijn dus vanaf een jaar of drie reden tot ongerustheid terwijl in de eerste twee levensjaren vaak functionele problemen (zoals slecht eten en slapen en veel huilen) redenen zijn voor ouders om zich zorgen te maken, en net zoals bij Lisa de weg naar de hulpverlening te zoeken.

Het probleem en de reden tot zorg ligt niet altijd bij de baby. Psychopathologie bij een van de ouders, zoals depressie, maar ook verslaving, geen sociaal netwerk, huiselijk geweld, traumatische ervaringen of een belast verleden van de ouders kunnen -vanuit het transactionele model en de geïntegreerde theorie van Sameroff- reden zijn jonge kinderen preventief door te verwijzen. Recente onderzoeken tonen immers steeds vaker aan dat psychopathologie bij de ouder het vermogen vermindert om de signalen van de baby correct te interpreteren en hier goed op te reageren. Bovendien blijkt ongeveer 1 op de 5 moeders met forse psychiatrische problemen na de geboorte een ernstig verstoorde relatie met haar baby te ontwikkelen^{45,46}. Onderzoek van Dimence-collega Karin van Doesum⁴⁷ heeft in dit kader laten zien dat een preventieve interventie voor depressieve moeders en hun baby voorkomt dat er een moeizame relatie tussen baby's en hun moeder ontstaat.

Vroegsignalering

De laatste jaren is een trend zichtbaar om vroeg, vaak al tijdens de zwangerschap, op risicofactoren te screenen die samenhangen met een problematische ontwikkeling van een baby of peuter. Hadden we al tijdens de zwangerschap kunnen voorspellen dat Lisa problemen zou krijgen? Ik heb u zojuist verteld dat gevoelens voor de ongeboren baby met 26 weken zwangerschap samenhangen met de wijze waarop ouders 6 maanden na de geboorte met hun baby omgaan. Of gevoelens (ofwel representaties) tijdens de zwangerschap dan ook de factoren moeten zijn waarop gescreend wordt tijdens de zwangerschap is onduidelijk. Er is nog onvoldoende kennis of en in welke mate psychosociale risicofactoren daadwerkelijk in de zwangerschap betrouwbaar zijn te signaleren. In het onderzoeksproject 'In Verwachting'⁴⁸ gaan we na of psychosociale risicofactoren bij de ouders al tijdens de zwangerschap kunnen worden gesignaleerd (o.a. door verloskundigen). Signaleren en problemen vroeg onderkennen is zoals ik net beweerde belangrijk.

Onlangs bleek uit Nederlands onderzoek⁴¹ echter dat signaleren van problemen vooral in de eerste twee levensjaren niet eenvoudig is. Het ontbreekt op dit moment namelijk aan valide en betrouwbare signaleringsinstrumenten voor baby's en peuters. Opmerkelijk, omdat in internationaal onderzoek enkele van deze instrumenten wel valide en betrouwbaar zijn gebleken⁴⁹. Dit bewijst eens te meer hoe voorzichtig we dienen te zijn bij het overnemen van in het buitenland effectief gebleken instrumenten.

Bevindingen uit internationaal maar ook uit Nederlands onderzoek onderstrepen het belang van nauwkeurige en goede signalerings- en classificatiesystemen die zowel de relationele maar ook ontwikkelingsaspecten in acht nemen. De toekomst zal uitwijzen of internationale classificatiesystemen zoals de DSM-V en eventuele herziene versies van de DC:0-3R hieraan tegemoet komen. In Nederland hoeven we ondertussen niet stil te zitten. Ik vind het een taak voor Infant Mental Health specialisten een begin te maken met verzamelen van gegevens: hoe vaak komen klinische stoornissen bij baby's en peuters voor en hoe zijn deze stoornissen en problemen gerelateerd aan verschillende kind-, ouder-, en omgevingskenmerken. We willen eindelijk eens weten hoeveel Lisa's er zijn. Binnen het Specialistisch Centrum Infant Mental Health (SCIMH) van Dinslaken en in andere Infant Mental Health centra en teams is hier al een begin mee gemaakt en ik vind het als bijzonder hoogleraar Infant Mental Health belangrijk door middel van het opzetten van toegepast onderzoek hieraan bij te dragen.

Aanbod voor Lisa

Nu ben ik op een punt aangekomen waar ik tenslotte de weg van de behandeling wil bewandelen. Een lastige weg met hobbels, maar met een duidelijk doel: terug van de sofa naar moeders schoot. Wat kunnen we Lisa en haar ouders bieden?

Het werken met ouders en baby is een relatief nieuw veld, en het aanbod van wetenschappelijk effectief gebleken behandelingen voor baby's en peuters is nog beperkt, te beperkt. Er zijn weinig interventies die met behulp van state-of-the-art methodologie (i.c., gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek) op korte en lange termijn effecten zijn onderzocht⁵⁰. Voor agressief gedrag bij peuters en kleuters zijn internationaal enkele veelbelovende interventies voorhanden⁵¹. Voor kinderen onder de drie, en vooral voor baby's met traumagerelateerde problematiek of met ernstige emotionele of regulatieproblemen, zoals Lisa, ontbreken deze grotendeels. Ook in Nederland zijn de effectieve interventies die er zijn, op een hand te tellen. Daarnaast zijn deze getoetst en effectief gebleken bij een specifieke groep kinderen: namelijk peuters met gedrags- of opvoedproblematiek. Een groep die slechts een deel van de Infant Mental Health populatie bestrijkt. Ondanks de focus van deze interventies -verbetering van de ouder-kind interactie- zijn het geen interventies die je als haarlemmerolie in alle gezinnen kunt inzetten. Dit is fictie. We kunnen er niet van uitgaan dat deze interventies ook geschikt zijn voor baby's en peuters waar ernstige relatie-, gehechtheids-, of regulatieproblematiek, een trauma (bijvoorbeeld medisch trauma of trauma door huiselijk geweld) danwel ernstige psychopathologie bij de ouder op de voorgrond staan. Daarvoor ontbreekt het bewijs. Bovendien is nog onduidelijk wanneer interventies het best worden gestart, hoe intensief ze dienen te zijn, hoe lang ze moeten duren en wat de focus van de interventie moet zijn⁵². Dit 'uitzoekwerk' pak ik komende jaren op door het uitvoeren van toegepast wetenschappelijk onderzoek en door intensieve samenwerking met klinische professionals.

Dat er nog veel te onderzoeken valt en dat er nauwelijks wetenschappelijk bewezen effectieve behandelingen zijn voor ouders en baby's zoals Lisa wil niet zeggen dat er tot op heden niks is gedaan en te weinig is bereikt. Integendeel. Het klinische Infant Mental Health veld is dynamisch, volop in beweging en voorzien van verschillende behandelmogelijkheden voor baby's en peuters. Lisa en haar ouders staan niet in de kou. Ik verwijs graag naar het recente Handboek Infant Mental Health, dat een mooi overzicht biedt van wat er op dit moment aan hulpverlening en behandeling van baby's, peuters en hun ouders in Nederland en ook in Vlaanderen wordt gedaan⁵³. Toch kunnen we er in het huidige tijdperk niet omheen aan te tonen dat de hulp die we bieden en de interventies die we inzetten, ook theoretisch goed zijn onderbouwd en wetenschappelijk bewezen effectief zijn.

Hulpverlening aan baby's en peuters vraagt om een zeer specifieke specialistische benadering waarbij het opzetten van effectieve interventies een nauwkeurige en doordachte visie vereist over hoe de omgeving invloed heeft op een kind met daarnaast aandacht voor de verschillende factoren die hun invloed kunnen uitoefenen. Analoot aan wat ik u eerder heb geschetst over factoren die het ontstaan van problemen kunnen verklaren wordt ook de keuze van aanpak van de behandeling mede bepaald door het temperament van de baby of peuter, karakter of persoonlijkheid van de ouder, vermogen van de ouder om na te denken (reflecteren) over zijn/haar kind en culturele waarden van het gezin. Recent is namelijk gebleken dat

niet alle kinderen even ontvankelijk of vatbaar zijn voor goede zorg en behandeling, ofwel 'differential susceptibility'⁵⁴. Dit wil zeggen dat baby's en peuters die door hun biologische, genetische- of temperamentkenmerken het meest vatbaar zijn voor negatieve interacties en ervaringen juist ook het meest kunnen profiteren van positieve interacties en invloeden. Kinderen die nogal temperamentvol zijn gedijen minder goed in een omgeving waarbij zij weinig steun ontvangen, maar profiteren juist extra van een steunende omgeving. Onlangs werd dit weer eens bevestigd in een publicatie van Kochanska en haar collega's⁵⁵ waaruit bleek dat peuters met een moeilijk temperament zichzelf nauwelijks kunnen reguleren in de context van niet ondersteunende ouders maar juist zeer goed gereguleerd bleken bij sensitieve ouders, zelfs beter dan hele makkelijke kinderen. Dit betekent dat het vooral voor kwetsbare kinderen, of kinderen zoals Lisa, de populatie die we tegenkomen in de klinische praktijk, zo ontzettend belangrijk is dat de kwaliteit van de ouder-kind relatie wordt geoptimaliseerd. Voor de praktijk van Infant Mental Health is dit een belangrijk gegeven dat stemt tot optimisme.

Zoals gezegd is er een heel scala aan bio-psycho-sociaal ecologische factoren waarmee rekening gehouden dient te worden bij de behandeling van baby's en peuters. Hieronder vallen bijvoorbeeld ook de werkrelatie tussen ouder en behandelaar en de theoretische voorkeur of het referentiekader van de therapeut. Verschillende therapeutische stromingen hebben namelijk vanuit verschillende referentiekaders de afgelopen jaren het Infant Mental Health veld gevoed. Het psychodynamisch denken heeft, mede via het werk van Fraiberg, aan de wieg gestaan van behandeling van baby's en peuters. Tegenwoordig is een meer 'referentiekader overstijgend' denken in de zorg aan baby's en peuters merkbaar. Ook vanuit de systeem- en gedragstherapeutische hoek wordt het veld meer en meer bediend. Wat allen gemeen hebben is dat de therapeut, vanuit welke achtergrond, referentiekader of theorie ook, samen met de ouder en baby (of peuter) weer organisatie weet te scheppen in een chaotische, en vaak vastgelopen ouder-kind relatie, in een gezin waar door wat voor omstandigheden ook chaos heerst⁵⁶.

Stern⁵⁷ heeft een fraai model beschreven voor het maken van een keuze voor behandeling dat aansluit bij het bio-psycho-sociaal-ecologisch model. De relatie tussen ouder en baby bestaat namelijk uit meer dan de objectief waarneembare interacties en uitwisseling van informatie tussen ouder en baby (d.i., het *interpersoonlijke* aspect van de relatie). Het bevat ook de niet direct observeerbare *intrapsychische* waarnemingen, de zogenoemde representaties. Representaties zijn tijdgebonden herinneringen van ervaringen die vermengd worden met toekomstige verwachtingen: hoe zien ouders zichzelf als ouder en welke verwachtingen en ideeën hebben zij over (het gedrag van) de baby of peuter. Dat deze representaties niet statisch zijn maar door nieuwe ervaringen kunnen veranderen vonden we recent in het onderzoek 'In verwachting'⁵⁸. Vaders, die net als moeders, met 26 weken zwangerschap werden geïnterviewd, waren veelal erg afstandelijk ten aanzien van de aanstaande baby. Ze hadden vaak nog niks met de baby in de buik van hun vrouw. Maar wat als de baby er is en vaders eenmaal ervaren hebben hoe het is een kind te hebben: dan smelt de afstandelijkheid als sneeuw voor de zon. De representatie over de baby verandert. Tenminste, bij de meeste vaders. Er blijven vaders die ook na zes maanden aangeven niks voor hun baby te voelen. Voer voor Infant Mental Health onderzoekers om te achterhalen hoe dit nou komt.

Terug naar het model. Voor behandeling kunnen kleine veranderingen in het gedrag van een baby of peuter al voldoende zijn om weer een gereguleerde keten van acties en reacties, matches, te laten ontstaan. In dit geval zijn het gedrag en de competenties van de baby de invalshoek voor behandeling. Stern heeft dit de 'ontwikkelingspediatrische benadering' genoemd. Door ouders te laten zien en ervaren wat hun baby al allemaal kan en doet, hoe hij zichzelf reguleert en door hen gereguleerd kan worden, kunnen vervolgens ook eventuele negatieve representaties (d.z. fantasieën, verwachtingen en ideeën) van ouders over hun baby veranderen. Een kortdurende interventie die de competentie van een baby als insteek voor de behandeling neemt is de Newborn Behavioral Observation System⁵⁹, die we binnenkort bij te vroeg geboren en hun ouders op effectiviteit gaan onderzoeken binnen een samenwerkingsproject met het Specialistisch Centrum Infant Mental Health, Deventer ziekenhuis en Amstelland ziekenhuis, en samen met collega's van Harvard en uit Cambridge. Dit is bovendien een goed voorbeeld hoe Infant Mental Health ook binnen de pediatrie (kindergeneeskunde) een weg vindt. Een ander voorbeeld van deze vruchtbare samenwerking tussen pediatrie en Infant Mental Health is onderzoek van promovenda Anke Nieuwesteeg dat ik samen met Esther Hartman en Frans Pouwer van CoRPS (Centre of Research on Psychology in Somatic Diseases) uitvoer naar de kwaliteit van interacties tussen ouders en hun peuters met Type 1 Diabetes Mellitus⁶⁰.

In andere gevallen en veelal vanuit een meer psychodynamische benadering worden de representaties van de

ouder als insteek voor behandeling genomen. Het idee hierachter is dat moeders eigen ervaringen en geschiedenis een belangrijke bron zijn voor haar omgang met de baby. Onverwerkte en onbewuste conflicten uit het verleden worden geprojecteerd op de baby en uiten zich in de interactie die ze met de baby heeft. Empirisch onderzoek heeft recent aangetoond dat representaties van moeders inderdaad samenhangen met haar observeerbare gedrag in interactie met haar baby⁶¹. In eigen onderzoek verwachten we binnenkort soortgelijke resultaten te kunnen presenteren. Een interventie die primair insteekt op verandering van representaties van ouders is de ouder-baby(peuter)psychotherapie⁶², veelal gebruikt bij ouders en zeer jonge kinderen uit getraumatiseerde gezinnen waar ondermeer sprake is van huiselijk geweld. In Amerika is deze interventie effectief gebleken. Zoals ik u eerder al meldde, dient het effect in Nederland opnieuw te worden onderzocht. Niet dat ik verwacht dat het voor een Nederlandse baby of peuter minder traumatisch is als elke avond met veel geschreeuw servies door huis wordt gegoid. Maar een gemiddeld aantal van 50 wekelijkse therapie sessies vraagt om een Nederlandse aanpassing.

En soms kan het nodig zijn ouders vaardigheden aan te leren waarmee ze verder worden geholpen⁶³. Vanuit een meer gedragtherapeutische benadering wordt vaak ingestoken op het aanpakken van de observeerbare interactie tussen ouder en kind. Meta-analyses, waarbij de resultaten van veel verschillende studies samengevoegd worden laten inderdaad zien dat het samen met ouders naar beeldopnamen van henzelf in interactie met hun kind kijken, kortweg video feedback, een-op-een uitgevoerd, in ieder geval een effectieve manier is om vastgelopen interacties weer op de rit te krijgen^{64,65}. In onderzoek dat ik ondermeer met promovendi Anneke Tooten, Hannah Hoffenkamp en Ruby Hall, in samenwerking met INTERVICT (International Victimology Institute Tilburg), recent heb uitgevoerd bij te vroeg geboren baby's, vinden we bewijs dat Video interactiebegeleiding (VIB) inderdaad effect heeft op de kwaliteit van de interactie maar ook op het zelfvertrouwen van de ouders en de band die ze hebben met hun kind^{66,67}. Toch blijkt dat ouders leren beter af te stemmen op hun baby niet altijd voldoende is. Er zijn namelijk ouders die in het contact met hun baby of peuter zogenaamd a-typisch gedrag laten zien. Dit is afwezig, negatief, verstoord en soms bizar gedrag dat niet vermindert en niet afneemt als ouders er niet expliciet op worden gewezen⁶⁸. Een gerichte aanpak is dan noodzakelijk. Diane Benoit, een Canadese kinderpsychiater, heeft een veelbelovende kortdurende video interventie ontwikkeld die effectief blijkt voor het terugdringen van dit a-typische gedrag bij ouders, vooral ouders bij wie sprake is van onverwerkte traumatische ervaringen of huiselijk geweld. Komende jaren gaan we hier op inzetten. Met verschillende collega instellingen gaan we de Modified Interaction Guidance^{69,70}, een interventie voor ouders en baby's met verstoorde relaties, aanpassen voor de Nederlandse situatie, verder uitwerken, en op effectiviteit onderzoeken.

De interventies die ik nu genoemd heb zijn op competenties van de baby, op observeerbare interacties of op specifieke representaties van ouders gericht. Maar waarom niet een integratieve interventie ontwikkelen die via het gebruik van verschillende modules op meerdere aspecten insteekt? Zoals de Dimence Ouder-Kind Interventie (DOK!), een interventie voor jonge kinderen met een problematische gehechtheidrelatie met hun ouders. Deze interventie die met kennis en ervaring vanuit de praktijk is ontwikkeld is veelbelovend en de moeite waard wetenschappelijk te onderzoeken⁷¹.

Welke insteek de meest effectieve is blijft voorlopig de vraag. Een vraag die me bezighoudt en waar ik de komende jaren een antwoord op wil krijgen.

Toekomst

De klinische toekomst

Ik ben optimistisch over de toekomst voor behandeling van baby's en peuters. Is specialistische zorg dan wel nodig? Jazeker. Hier kan ik alleen maar bevestigend op antwoorden. Specialistische zorg is noodzakelijk als er een veelheid aan risicofactoren aanwezig is en deze zodanig verweven zijn dat het voor professionals in de eerste of tweedelij moeilijk is deze kluwen en verwevenheid van factoren goed vanuit hun eigen discipline en vakgebied te ontrafelen. Dat maakt het van het grootste belang dat er een specialistische (derde) lijn wordt vorm gegeven door Infant Mental Health specialisten. Er is dan namelijk een complexe situatie ontstaan waarin makkelijk het overzicht kan worden verloren. De multifactoriële invloed op de ontwikkeling van een baby en peuter vraagt op dat moment een specialistische blik bij het in kaart brengen van de problematiek (i.c., de diagnostiek van risico en beschermende factoren) en het geven van deskundig advies. Het is van uitermate groot belang vanuit een geïntegreerde specialistische Infant Mental Health visie te kunnen kijken en een realistisch

hulpverleningsplan en -aanbod voor baby's en peuters vanuit een specialistische lijn te kunnen neerzetten. Gezien deze complexiteit is het te verkieszen om dit met meerdere disciplines te doen. Met een regiefunctie bij de specialist. Recent onderzoek heeft laten zien dat voor optimale hulpverlening aan baby's en hun ouders in de gezondheidszorg een dergelijke aanpak ideaal is⁷². Ondersteuning van professionals in de eerste- en tweedelij door Infant Mental Health specialisten in de vorm van overleg, gezamenlijke diagnostiek, begeleiding, supervisie, consultatie, kennisoverdracht en het gezamenlijk ontwikkelen van protocollen, zorgpaden en ketenzorg^d is de manier waarop in Nederland de zorg voor baby's en peuters met problemen de komende jaren vorm moet krijgen. Een specialist bij de voordeur opent de mogelijkheid voor meekijken met professionals in de eerste en tweedelij die elk op hun eigen gebied deskundig zijn. Het is de taak van Infant Mental Health specialisten betrokken te zijn bij de ontwikkeling en implementatie van zorgpaden van de eerste tot en met de derde lijn en past uitstekend bij de huidige ketenzorg gedachte.

Bovenstaande impliceert niet dat de daadwerkelijke behandeling ook altijd plaatsvindt in de derdelijn, op zeer specialistisch niveau en langdurig van aard is. Er bestaat een waaier aan Infant Mental Health interventies op alle lagen van het zorg spectrum, zoals algemene preventie, bieden van concrete hulp, emotionele steun, hulp bij de opvoeding, somatische en psychiatrische interventies, ontwikkelingsstimulering, gedragstherapeutische interventies en ouder-kind psychotherapie⁷³. Daar waar mogelijk zal de problematiek die in eerste lijn kan worden behandeld ook in de eerste lijn blijven. Idem voor de tweede lijn. Wat terug kan in de keten gaat terug. Wat moet blijven blijft. Dit betekent voor de komende jaren investeren in samenwerking tussen eerste, tweede en derde lijn. Dit vereist wel dat goede signaleringsinstrumenten voorhanden zijn om ook die gezinnen te identificeren die daadwerkelijk hulp nodig hebben (o.a., ouders met psychiatrische problematiek, huiselijk geweld, drugs- en alcoholmisbruik, trauma). Met de komende stelselwijziging Zorg voor Jeugd, ofwel de transitie Jeugdzorg, waarbij sprake is van het overdragen van de verantwoordelijkheid voor en financiering van alle jeugdzorg van provincie naar gemeenten biedt dit zeker perspectief.

De wetenschappelijke toekomst

Ik hoop dat u het inmiddels met me eens bent dat Infant Mental Health een dynamisch en in klinisch opzicht niet meer weg te denken vakgebied is binnen de geestelijke gezondheidszorg, waar meer fundamenteel maar ook klinisch toegepast onderzoek onontbeerlijk is. Een van mijn belangrijkste doelstellingen voor de komende jaren is om onderzoek op het gebied van de Infant Mental Health op verschillende niveaus en via diverse onderzoekslijnen uit te breiden.

Eerst is er het onderzoek op fundamenteel niveau. Deze onderzoekslijn bouwt voort op onderzoek dat ik nu met eerste, tweede en derde geldstroom financiering uitvoer. Samen met collega's op de universiteit, bij Dimence en bij collega instellingen wil ik nu en in de komende jaren antwoord krijgen op de vraag welke factoren precies de geestelijke gezondheid van baby's bevorderen? Er is inmiddels voldoende bewijs dat de ouder-kind relatie door allerlei factoren wordt beïnvloed, waarbij ook steeds duidelijker wordt dat psychopathologie bij de ouder een belangrijk stempel drukt op de relatie. De mechanismen erachter zijn echter nog onvoldoende duidelijk. Hoe ontwikkelen baby's van moeders die zelf nogal wat problemen ondervinden, zoals moeders met een stoornis binnen het autistische spectrum, die moeite hebben met het maken van contact of moeders met een bipolaire stoornis die van tijd tot tijd extreem uitgelaten of juist extreem neerslachtig zijn? Interessante onderzoeken die ik onder andere samen met Dimence-collega Bram Sizoo van het Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen en collega's van het Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen verder vorm ga geven. Ik heb u voorbeelden van modellen geschetst

die hierbij leidend kunnen zijn. Deze dienen nog nauwkeuriger te worden onderzocht. Theorie heeft immers empirie nodig.

Vervolgens is een tweede niveau, een brug tussen de wetenschap (lees: universiteit) en de huidige klinische praktijk nodig waar bevindingen uit de wetenschap naar de klinische praktijk worden getransformeerd en getransporteerd. Hiervoor is onder andere het Specialistisch Centrum Infant Mental Health (SCIMH) opgericht waarin Infant Mental Health specialisten, therapeuten en onderzoekers nauw samenwerken. Binnen het SCIMH zullen we naast het bieden van specialistische zorg, zoals aan Lisa, de kennis over Infant Mental Health verder ontwikkelen en uitdragen en zullen we aan de basis staan van nieuwe en innovatieve interventies. Interventies die zijn gestoeld op fundamentele kennis en recente wetenschappelijke theorieën. Kinderpsychiater Hans van Andel –een gewaardeerde Dimence collega– heeft

bijvoorbeeld een preventieve interventie ontwikkeld om pleegouders en hun jonge pleegkinderen te ondersteunen bij het tot stand brengen van een goede relatie om te voorkomen dat de spanning en stress te hoog oplopen, waardoor weer een volgende breuk dreigt. En er is een begin gemaakt met de eerder genoemde DOK!. Maar ook het voor de Nederlandse situatie aanpassen en bewerken van in het buitenland reeds veelbelovende interventies voor baby's en ouders zoals de Modified Interaction Guidance, is een taak. Het wiel opnieuw uitvinden is in deze tijden van crises immers niet altijd efficiënt. Aanpassen aan de Nederlandse situatie wel. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van de vele die zullen volgen.

Als laatste worden op het derde niveau de nieuw ontwikkelde interventies en methodieken getoetst in verschillende interventiestudies in instellingen waarmee we nauw samenwerken en in de nabije toekomst nog intensiever gaan samenwerken. Het uiteindelijke doel is om op termijn een bijdrage te kunnen leveren aan de verbetering van de hulpverlening aan baby's, peuters en hun ouders. Dit kan het beste gerealiseerd worden door het bouwen van een stevige brug tussen onderzoek en de klinische praktijk en door het opbouwen van goede samenwerkingsrelaties met professionals en instellingen. Dat het belang van 'de relatie' verder reikt dan alleen de ouder-kind relatie vind ik een mooie verdienste van de Infant Mental Health visie⁷⁴.

Ik voel het als mijn verantwoordelijkheid en ik beschouw het als een voorrecht om daaraan de komende jaren vorm te geven. In feite zijn we als kruisridders bezig met een zoektocht naar de Heilige Graal, een zoektocht naar behandelingen waarmee we ouders kunnen helpen hun baby en peuter beter te begrijpen.

De uitdaging voor toekomstig onderzoek is niet zozeer focussen op het op een andere manier meten wat we al lang weten, maar meer op het formuleren, empirisch toetsen, en continu aanscherpen van nieuwe theorieën over vroege problematische ontwikkelingen bij baby's en peuters in relatie met hun ouders. Vervolgens dient deze kennis omgezet te worden in effectieve diagnostiek en behandeling, waar ouders en kinderen echt mee geholpen worden. Deze geven op hun beurt, via het 'Wat Werkt voor Wie en Wanneer' principe weer input tot nieuwe wetenschappelijke ideeën en inzichten of bijstellen van de theorie⁷⁵. Om met Fraibergs woorden te spreken, deze behandelingen zijn "a treasure that should be returned to science, as a gift from parents and babies".

1. Haring, K. (2006). *Journey of the radiant baby*. The estate of Keith Haring and Reading Public Museum: Bunker Hill Publishing.
2. Fitzgerald, H.E., Weatherston, D., & Mann, T.L. (2011). Infant Mental Health: An Interdisciplinary Framework for Early Social and Emotional Development. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41, 178-182.
3. Zeanah, C.H., & Zeanah, P. (2009). The scope of Infant Mental Health. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 5-21). New York: The Guilford Press.
4. Derkx, B., Pannevis, C., Rexwinkel, M., & Schmeets, M. (2011). Voorwoord. In M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx (Eds.) *Handboek Infant Mental Health: Inleiding in de ouder-kind behandeling* (pp. IX). Assen: Van Gorcum.
5. Van den Bergh, B.R.H.M. (2011). Prenataal verworven kwetsbaarheid In: M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx (Eds.) *Handboek Infant Mental Health: Inleiding in de ouder-kind behandeling* (pp. 101-118). Assen: Van Gorcum.
6. De Bruijn, T. C. E., van Bakel, H. J. A., Pop, V.J., Wijnen, H., & van Baar, A. L. (2009). Prenatal maternal emotional complaints and cortisol responses in toddlers and preschoolers. *Developmental Psychobiology*, 51-7, 553-563.
7. De Bruijn, T. C. E., van Bakel, H. J. A., & van Baar, A. L. (2009). Sex differences in the relation between prenatal maternal emotional complaints and child outcome. *Early Human Development*, 319-324.
8. Maas A.J.B.M., Vreeswijk C.M.j.M., de Cock E.S.A., & van Bakel H.J.A. (2012). The relationship between maternal prenatal attachment and mother-infant interaction at 6 months of age. *Infant Mental Health Journal*, 33, 128.
9. De Cock, E.S.A., Maas, A.J.B.M., Vreeswijk, C.M.J.M., & Van Bakel, H.J.A. (2012). Maternal Prenatal Attachment and Mother-Infant Interaction at 6 Months of Age. In Monduzzi (Ed.), *Proceedings of the XV European Conference on Developmental Psychology*, 27-31.
10. Fraiberg S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387-421.
11. Brazelton, T.B. (1969). *Infants and mothers: Differences in development*. New York : Delacorte Press.
12. Spitz, R.A. (1951). *The Psychogenic Diseases in Infancy—An Attempt at their Etiologic Classification*.

- Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 255-275.
13. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press.
 14. Bell, R.Q. (1968) A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, 75, 81-95.
 15. Weatherston, D. (2000). The infant mental health specialist. *Bulletin for Zero to Three*, 21(2), 3-10.
 16. Fraiberg, S. (Ed.). (1980). *Clinical studies in infant mental health*. New York: Basic Books.
 17. Freud, S. (1923). *The ego and the id*. New York, NY: Norton.
 18. Gopnik, A. (2009). *The philosophical baby*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
 19. Watson, J. B. (1928). *Psychological care of infant and child*. New York, NY: Norton.
 20. Beeghly, M. & Tronick, E. (2011). Early Resilience in the Context of Parent-Infant Relationships: A Social Developmental Perspective. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41(7), 197-201.
 21. Nossent, S. (2011). Geschiedenis van het babyonderzoek in de westerse samenleving: visie op baby's en de ouder-kind relatie door de tijd heen. In: M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx (Eds.) *Handboek Infant Mental Health: Inleiding in de ouder-kind behandeling* (pp. 3-20). Assen: Van Gorcum.
 22. Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Early intervention: A handbook of theory, practice, and analysis* (2nd ed., pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
 23. Sameroff, A. J. (Ed.) (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.
 24. Van Bakel, H.J.A. (2002). *Infants and their parents: Development in a social context*. PhD thesis, University of Nijmegen, may 14th 2002.
 25. Van Bakel, H.J.A. & Riksen-Walraven, J.M.A. (2004). Stress reactivity in 15-month-old infants: Links with infant temperament, cognitive competence, and attachment security. *Developmental Psychobiology*, 44, 157-167.
 26. Van Bakel, H.J.A., Riksen-Walraven, J.M.A., & Smeekens, S. (2007). Early attachment security, subsequent maternal interactive behaviour and later child executive functioning: continuity and change. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 25, 250-251.
 27. Riksen-Walraven, J.M.A. (2002). *Wie het kleine niet eert. Over de grote invloed van vroege sociale ervaringen*. Inaugurele rede, Radboud Universiteit Nijmegen, 1 maart 2002.
 28. Van Elk, M. & Hunnius, S. (2010). *Het babybrein: over de ontwikkeling van de hersenen bij baby's*. Amsterdam: Bert Bakker.
 29. Schmeets, M. (2011). De neurobiologie van de vroege ontwikkeling. In: M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx (Eds.), *Handboek Infant Mental Health: Inleiding in de ouder-kind behandeling* (pp. 33-45). Assen: Van Gorcum.
 30. Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York, NY: Norton.
 31. Tronick, E. (2008). Multilevel meaning making and dyadic expansion of consciousness theory: The emotional and the polymorphic polysemic flow of meaning. In D. Fosha, D. J. Siegel, & M. Solomon (Eds.), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, and clinical practice* (pp. 86-110). New York, NY: Norton.
 32. Tronick, E. (2006). The stress of normal development and interaction leads to the development of resilience and variation. *The Annals of the New York Academy of Science*, 1094:83-104.
 33. Fraiberg, S. (1974). Blind infants and their mothers: An examination of the sign system. In M. Lewis & L. A. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver* (pp. 215- 232). New York: Wiley-Interscience.
 34. Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
 35. Van Bakel, H.J.A. & Riksen-Walraven, J.M.A. (2002). Parenting and development of one-year-olds: Links with parental, contextual, and child characteristics. *Child Development*, 73(1), 256-273.
 36. Belsky J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83-96.
 37. Smeekens, S., Riksen-Walraven, J.M.A., & van Bakel, H.J.A. (2007). Multiple determinants of externalizing behavior in 5-year-olds: a Longitudinal study. *Journal of Abnormal Child psychology*, 35(3), 347-261.
 38. Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22.
 39. Zeijl E, Crone MR, Wiefferink CH, Keizenkamp S., Reijneveld SA: *Children in the Netherlands*. The Hague: SCP; 2005.
 40. Reijneveld, S.A., Brugman, E., Verhulst, F.C., Verloove-Vanhorick, S.P. (2004). Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive Child Health Care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 158:811-817.
 41. Theunissen, M., De Wolff, M., Vogels, A., & Reijneveld, S. (2011). *Vergelijking van de ASQ:SE, BITSEA, KIPPI en de SDQ als signaleringsinstrument voor problemen bij 0-4 jarigen in de Jeugdgezondheidszorg*. TNO Rapport.
 42. Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children:

43. Mothander, P.R., & Moe, R.G. (2008). Infant mental health assessment: the use of the DC 0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 259–267.
44. Keren, M., Feldman, R., & Tyano, S. (2001). Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 27– 35.
45. Brockington I., (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363(9405), 303–310.
46. Parfitt, Y., & Ayers, S. (2012). Postnatal mental health and parenting: The importance of parental anger. *Infant Mental Health Journal*, 33, 400–410.
47. Doesum, K. van, Riksen-Walraven, J.M., Hosman, C.M.H. & 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.
48. Maas, A.J.B.M., Vreeswijk, C.M.J.M., de Cock, E.S.A., Rijk, C.H.A.M., & van Bakel, H.J.A., (2012). “Expectant Parents”: Study protocol of a longitudinal study concerning prenatal (risk) factors and postnatal infant development, parenting and parent-infant relationships. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12: 46.
49. Carter, A.S., Briggs-Cowan, M.J., & Davis, N. (2004). Assessment of young children’s social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 109–134.
50. Zeanah, P., Stafford, B., & Zeanah, C. (2005). *Clinical Interventions to Enhance Infant Mental Health: A Selective Review*. National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA.
51. Gardner, F., & Shaw, D. S. (2008). Behavioural problems of infancy and pre-school children. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter’s child and adolescent psychiatry, 5th edition* (pp. 882–894). London: Blackwell Press.
52. Shonkoff, J.P., & Phillips, D.A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
53. Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C., & Derkx, B. (2011). *Handboek Infant Mental Health: Inleiding in de ouder-kind behandeling*. Assen: Van Gorcum.
54. Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2007). For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 300–304.
55. Kim, S., & Kochanska, G. (2012). Child temperament moderates effects of parent-child mutuality on self-regulation: A relationship-based path for emotionally negative infants. *Child Development*, 83, 1275–1289.
56. Tamminen, T. (2011). Understanding changes and children. Discussion paper: “child analysis in a changing world”. *Infant Mental Health Journal*, 32(6), 596–598.
57. Stern, D. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.
58. Van Bakel, H.J.A., Vreeswijk, C.M.J.M., Maas, A.J.B.M., & Rijk, C.H.A.M. (2012). *Daddy Cool becomes Father Figure*. Paper presented at the Society for Reproductive and Infant Psychology, Oxford, UK, 12–14 september.
59. Nugent, K.J., Keefer, C.H., Susan Minear, M.D., Johnson, L.C., & Blanchard, Y. (2007). *Understanding newborn behavior and early relationships. The Newborn Behavioral Observations (NBO) System Handbook*. Brookes.
60. Nieuwesteeg, A.M., Pouwer, F., van Bakel, H.J.A., Emons, W.H.M., Aanstoot, H.J., Odink, R., & Hartman, E.E. (2011). Quality of the parent-child interaction in young children with Type 1 Diabetes Mellitus: Study protocol. *BMC Pediatrics*, 11 (28).
61. Dollberg, D., Feldman, R., & Keren, M. (2010). Maternal representations, infant psychiatric status, and mother-child relationship in clinic-referred and non-referred infants. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 25–36.
62. Lieberman, A.F., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2006). Child-Parent Psychotherapy: 6-Month follow-up of a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(8), 913–918.
63. Sameroff, A. (2004). Port of entry and the dynamics of mother-infant interventions. In: Sameroff, A.M., McDonough, S.C., & Rosenblum, K.L. (Eds.). *Treating parent-infant relationship problems: strategies for intervention*. New York: Guilford Publications.
64. Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195–215.
65. Doughty, C. (2007). *Effective strategies for promoting attachment between young children and their parents*. Christchurch, New Zealand: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA).
66. Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., Hall, R. A. S., Winkel, F. W., Eliëns, M., Vingerhoets, A. J. J. M., & Van Bakel, H. J. A. (2012). The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: a multicenter randomised controlled trial. *BMC Pediatrics*.
67. Hoffenkamp, H.N., Tooten, A., Hall, R., & van Bakel, H.J.A. (2012). Sustaining early development. *Infant Mental Health Journal*, 33, 85–86.
68. Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening or disrupted behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 67–96.

69. Benoit, D., Madigan, S., Lecce, S., Shea, B., & Goldberg, S. (2001). Atypical maternal behavior before and after intervention. *Infant Mental Health Journal, 22*, 611-626.
70. Madigan, S., Hawkins, E., Goldberg, S., & Benoit, D. (2006). Reduction of disrupted caregiver behavior using modified interaction guidance. *Infant Mental Health Journal, 27*, 509-527.
71. De Zeeuw, M., & Brok, C. (2012). Dimence Ouder-Kind Interventie. Handleiding.
72. Barlow, J., Schrader, A., McMillan, A., Kirkpatrick S., Ghate, D. Barnes, J. & Smith, M. (2010). Health-Led Interventions in the Early Years to enhance infant and maternal mental health: A review of reviews. *Child and Adolescent Mental Health, 15*(4), 178-185.
73. Rexwinkel, M., & Vliegen, N. (2011). Algemene en specifieke aspecten van de ouder-kind behandeling. In: M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx (Eds.) *Handboek Infant Mental Health: Inleiding in de ouder-kind behandeling* (pp. 314-338). Assen: Van Gorcum.
74. Edelman, L. (2004). A relationship-based approach to early intervention. *Resources and Connections, 3*, 1-10.
75. Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development, 81*, 357-367.

Voetnoten

a

“infant mental health” refers to the capacity of children from birth to age three to experience, regulate, and express emotions; form close, secure interpersonal relationships; and explore the environment and learn—all in the context of family, community, and cultural expectations for young children. Infant mental health is synonymous with healthy social- emotional development. (ZERO TO THREE, Infant Mental Health Task Force, 2002, p. 1).

b

Voor de leesbaarheid wordt in de tekst gerefereerd naar ouder, ouders of moeder. Hier kan ook verzorger of opvoeder en uiteraard vader worden gelezen.

c

De DC:0-3R is een handleiding of systeem voor het diagnosticeren en classificeren van psychopathologie, waaronder klinische stoornissen, ouder-kind relatieproblematiek en psychosociale stress bij kinderen tussen 0 en 4 jaar.

d

Ketenzorg is het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat en waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht met diens omgeving. Er wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling en begeleiding, maar ook van preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement. In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig tot complexe zorg.