

NICOLE VLIEGEN &
YANNIC VERHAEST (red.)



Pelckmans Pro

Vroege aandacht voor de mentale gezondheid van ouders en kinderen: Rationale en wetenschappelijke onderbouwing

Nicole Vliegen, Eileen Tang, Titia Hompes & Patrick Meurs

Het belang van vroege interventie is gebaseerd op een veelheid aan wetenschappelijke evidentie. Sinds decennia legt het domein van de Infant Mental Health (Osofsky & Fitzgerald, 1999; Rexwinkel, 2011; Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011; Shulman, 2016; Zeanah Jr, 2009, 2018) de klemtoon op (a) het optimaliseren van de ontwikkelingskansen van de allerkleinsten, (b) de zorg voor de mentale gezondheid van prille ouders, (c) de zorg voor de zo cruciale relaties in en rondom het gezin, en (d) het belang van mentaliserende hulpverlening ingebed in een relatie die gekenmerkt is door draagkracht, ademruimte en continuïteit. Vanaf de jaren 1970-1980, toen auteurs als Fraiberg, Adelson en Shapiro (Fraiberg, 1980) hun werk met jonge kinderen beschreven in *Clinical studies in Infant Mental Health: The first year of life*, is het onderzoek naar de vroegste kindertijd exponentieel toegenomen. We weten steeds meer en steeds preciezer wat er nodig is om ontwikkeling (voldoende) goed te laten verlopen, welke risicofactoren de ontwikkeling van kinderen schade kunnen berokkenen en welke kinderen in welke omstandigheden in de problemen komen wanneer we niet preventief tussenkomen of wanneer we bij beginnende problemen niet snel adequate hulp aanbieden. Met deze toegenomen kennis kunnen we ook gericht in de vroege kindertijd preventief of therapeutisch begeleiden.

In dit hoofdstuk schetsen we kort de wetenschappelijke basis voor deze vier cruciale thema's in het domein van de Infant Mental Health, die de achtergrond vormt voor dit project, dat aandacht voor de kleintjes in onze samenleving en iedereen daarrond centraal stelt. We vatten in dit hoofdstuk voor elk van deze vier thema's de wetenschappelijke evidentie beknopt samen.

Thema 1. Op de kleintjes letten: 'Infancy & early childhood mental health'

De eerste levensjaren zijn voor het jonge kind van cruciaal belang. De ervaringen van de baby binnen zijn vroegste relaties vormen de bodem voor de latere balans tussen psychische weerbaarheid en veerkracht enerzijds en kwetsbaarheid en stressgevoeligheid anderzijds.

Wat we weten: samengevat

1. De positieve en negatieve ervaringen die het jonge kind opdoet in de eerste relaties met zorgende volwassenen hebben een blijvende impact op de ontwikkeling van de hersenen. Deze ervaringen leggen de basis voor de verdere balans tussen mentale gezondheid en mentale problemen tijdens de kindertijd en het volwassen leven. In die zin is de vroegste kindertijd formatief.
2. Elk fundamenteel tekort aan zorg of elk teveel aan onvervulde noden is een teveel aan stress voor het stresssysteem van een kind.
3. Een substantieel teveel aan stress (bij verwaarlozing, getuige zijn of deel uitmaken van geweld) leidt tot levenslange kwetsbaarheid.
4. De sociaal-emotionele ontwikkelingsdomeinen waarin moeilijkheden zich voordoen, zijn de ontwikkeling van regulatie, gehechtheid, mentalisatie en identiteit.
5. Ontwikkeling is uniek, complex en moeilijk met zekerheid te voorspellen.
6. Interventie is effectief; kinderen kunnen (minstens deels) herstellen van moeilijke ervaringen.

Wat we weten: verder onderbouwd

1. De vormende invloed van de vroegste zorgrelaties op de ontwikkeling

Het mensenbrein is een plastisch orgaan, de maturatie ervan wordt beïnvloed door zowel positieve als negatieve factoren. Positieve omgevingsfactoren zijn warme, sensitieve, zorgzame relaties met zorgfiguren die als wegwijzers fungeren tijdens de ervaringen van de vroegste levensjaren. Een negatieve invloed gaat uit van een consistent gebrek aan zorg of van zeer onvoorspelbare zorg in de vroegste levensperiode (Anda et al., 2006; Cross, Fani, Powers, & Bradley, 2017; Perry, 2001a, 2001b; Perry, 2009; Perry & Pollard, 1998; The National Child Traumatic Stress Network, 2003). Vroege negatieve levenservaringen hebben een nefaste impact op hoe de neurobiologische systemen in de hersenen ontwikkelen, en via deze weg mogelijk op de verdere ontwikkeling gedurende de levensloop. Een opeenstapeling van vroege negatieve levenservaringen is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van psychopathologie in de volwassenheid, meer bepaald voor ongeveer 30% van alle stoornissen in de volwassenheid wereldwijd (Kessler et al., 2010).

2. Hoe het precies in zijn werk gaat: elk tekort aan consistente zorg is een teveel aan stress

Wanneer jonge kinderen geconfronteerd worden met onaangename ervaringen zoals intense honger of langdurig te koud of te warm, bij verveling of luid lawaai, geraakt hun stresssysteem ontregeld. Zorgzame ouders laten deze ontregeling niet lang bestaan, en helpen om de angst en de stress opnieuw tot een hanteerbaar niveau terug te brengen door te voeden, de lichaamstemperatuur te regelen, te stimuleren of te troosten. Bij vernieuwde regulatie hervindt het systeem van het kind een meer optimaal spanningsniveau.

De handelingen die bedoeld zijn om de stressvolle situatie te verlichten, gaan bovendien veelal samen met troostende en liefdevolle nabijheid. Daardoor erkennen ouders het kind als een persoon in zijn eigenheid en bekrachtigen ze de relationele inbedding waarvan het kind vanaf het begin deel uitmaakt: 'Wij voelen ons als jouw ouders aangesproken om je te begrijpen, om tegemoet te komen aan je noden tot het moment dat je dit zelf kunt. Zo willen we je helpen groot te worden. Wij zetten hiervoor even andere domeinen in ons leven opzij, om te zorgen dat we er voor jou kunnen zijn. We reorganiseren ons leven tijdelijk zo dat jouw ritme primeert. We maken tijd om, wanneer jij huilt, na te denken over wat er aan de hand is (heb je honger, ben je moe, heb je ergens pijn?), en daar zoeken wij een antwoord op ...'

Echter, bij langdurige blootstelling aan negatieve ervaringen, zoals in situaties van verwaarlozing, mishandeling of misbruik, na blootstelling aan geweld, in een blijvende sfeer van crisis, wordt het stressresponsstelsel van het kind 'overbelast'. In deze situaties vindt het kind amper de rust die nodig is voor optimale uitgroei van de regulatiesystemen, en kunnen lichamelijke (hersens)structuren niet optimaal ontwikkelen en/of geraken ze – wanneer de stressfactoren aanhouden – betrokken in een proces van beschadiging.

Daarenboven is de evolutie van aanvankelijke coregulatie (door de zorgfiguur gestuurd) naar latere zelfregulatie (door het kind zelf aangestuurd) een belangrijke bouwsteen voor de verdere emotionele en relationele ontwikkeling. Wanneer er geen volwassenen zijn die het jonge kind reguleren, of wanneer het in omstandigheden opgroeit waarin kind én ouders met een overmaat aan spanning en onrust te maken krijgen (zie thema 3), kent het jonge kind niet alleen een overdosis aan disregulerende ervaringen die zijn stresssysteem overbelasten. Het krijgt daarenboven te weinig oefenkansen om vanuit coregulatie stapsgewijs over te gaan naar zelfregulatie, en dus te weinig mogelijkheden om het eigen gedrag zelf te gaan aansturen. Het blijft dan de speelbal van innerlijke impulsen en onstuurbaar gedrag, wat op latere leeftijd een gebrek aan gedragscontrole wordt, en tot een waaier aan moeilijkheden kan leiden.

Ten slotte komt het gevoel van een persoon te zijn die waardevol is en een eigen identiteit heeft, moeilijker tot stand. Bij langdurige blootstelling aan ervaringen van verwaarlozing, tekortgedaan worden of nodeloos gekwetst worden, kunnen gevoelens van waardeloosheid, leegte of een gebrek aan identiteit ontstaan en zich verankeren in de ervaringswereld van het kind.

3. Een substantieel teveel aan vroege relationele stress maakt kwetsbaar

Te veel stress in de eerste levensmaanden brengt een waterval aan veranderingen teweeg, zowel in de receptoren (architectuur) als in de gevoeligheid (sensitiviteit) en in de uitvoerende functie (functionaliteit) van het brein. Baby's die opgroeien in onveilige gehechtheidsrelaties vertonen bijvoorbeeld een verminderde activatie van het frontale brein dat betrokken is bij hogere cognitieve

functies. Dat kan zichtbaar worden gemaakt via EEG onderzoek (Dawson et al., 2001). Hoe vroeger het kind werd blootgesteld aan te hoge dosissen stress, hoe groter de kans dat zeer basale hersenfuncties betrokken zijn in de kwetsuur. Bij ernstige en vroege traumatische stress kan er schade ontstaan op elk niveau van hersenfunctioneren. Dat leidt tot symptomen zoals verhoogde stressreacties, slaap- en aandachtsproblemen (hersenstam), moeilijkheden met fijnmotorische controle en coördinatie (tussenhersenen en cortex), sociale en relationele moeilijkheden (limbisch systeem en cortex) en spraak-, taal- en leerproblemen (cortex).

Heftige, ernstige, langdurige of chronische stress of stabiele onvoorspelbaarheid beïnvloeden de ontwikkeling van de hersenen zodanig dat ze het ontwikkelingspotentieel van het kind veranderen (Perry, 2001a, 2001b) en leiden tot een blijvende kwetsbaarheid. Het kind ontwikkelt compenserende stressresponsmechanismen die leiden tot chronische hyperarousal of tot uitputting van het stresssysteem (Perry & Pollard, 1998) via wijzigingen in onder meer het functioneren van de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as, het belangrijkste menselijke stresssysteem, en dus in de cortisolregulatie (Alink et al., 2012; Gunnar, Morison, Chisholm, & Schuder, 2001). Vroege negatieve levenservaringen leiden tot veranderingen in de hersenen en worden zo op duurzame wijze ingeschreven in het lichaam. Hoe vroeger het tekort aan zorg zich voordoet, hoe groter de invloed is op de ontwikkeling (Perry, 2009; Van der Kolk, 2005, 2014). Onderzoek bij ernstig verwaarloosde kinderen, zoals de Roemeense weeskinderen in de jaren 1980 en vroege jaren 1990 (Beckett et al., 2006; Rutter et al., 2007) toont hoe ernstige verwaarlozing tijdens de eerste zes levensmaanden kan leiden tot levenslange cognitieve achterstand, problemen op het vlak van aandacht en hyperactiviteit (gelijkend op ADHD), quasi-autistische kenmerken en stoornissen in het gehechtheidssysteem. Een overdosis aan negatieve ervaringen kan dus leiden tot problemen op diverse domeinen van de ontwikkeling.

4. Een waaier aan mogelijke gevolgen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling

Vroege negatieve levenservaringen belasten diverse domeinen van ontwikkeling (Havens et al., 2012; Kira, Lewandowski, Somers, Yoon, & Chiodo, 2012; Luthra et al., 2009; Nilsson & Svedin, 2006; Rousseau, Drapeau, & Platt, 1999; Tishelman & Geffner, 2010; Weber, 2009) en zowel de lichamelijke als de psychische gezondheid doorheen de verdere levensloop (Felitti et al., 1998; Fisher & Gunnar, 2010; Yearwood, 2018; Yearwood, Vliegen, Chau, Corveleyn, & Luyten, 2017). De veranderingen in hersenstructuren en -functioneren leiden tot veranderingen in de cognitieve, gedragsmatige en psychosociale ontwikkeling (Anda et al., 2006; Bremner & Vermetten, 2001; Perry, 2001a), zoals blijkt uit zowel neurobiologisch als epidemiologisch onderzoek (Anda et al., 2006). Een greep uit de onderzoeksliteratuur leert ons dat het kan gaan om uiteenlopende negatieve gevolgen (Vliegen, Tang, & Meurs, 2017):

- (a) problematische regulatieontwikkeling: zowel onder- als overregulatie, zoals tot uiting kan komen in gebrekkige impulscontrole, agressie, slaap- en eetstoornissen, internaliserende symptomen (Bernardon & Pernice-Duca, 2010; Malekoff, 2008; Mollica, 2011). Dat leidt vaak tot een problematische ontwikkeling van gedragscontrole, zoals tot uiting kan komen in zelfdestructief gedrag, overmatige onderdanigheid of oppositioneel gedrag, het moeilijk begrijpen van regels (Graves, Kaslow, & Frabutt, 2010; The National Child Traumatic Stress Network, 2003), alcohol- en druggebruik (Dube et al., 2002; Gray, 1998; The National Child

Traumatic Stress Network, 2003), majeure depressie, angsten, ADHD en dissociatieve stoornissen (Gershoff et al., 2010, 2012; Perry & Pollard, 1998);

- (b) problematische ontwikkeling van basisvertrouwen/gehechtheid en beperkingen in het latere sociale functioneren (Alink, Cicchetti, Kim, & Rogosch, 2012; Perry, 2009; Stubenbort, Greeno, Mannarino, & Cohen, 2002; The National Child Traumatic Stress Network, 2003; Waldinger, Schulz, Barsky, & Ahern, 2006), gevoelens van wantrouwen en achterdocht, sociale isolatie, relationele moeilijkheden, lage niveaus van prosociaal gedrag en hoge niveaus van verstoord/agressief gedrag;
- (c) problematische ontwikkeling van mentaliserende vaardigheden: moeilijkheden om eigen innerlijke toestanden zoals gevoelens, intenties, angsten, verlangens te herkennen (als onderliggend aan eigen gedrag) en in communicatie met anderen te brengen, moeilijkheden met perspectiefname en empathische inleving in andermans gedrag als gemotiveerd vanuit diens innerlijke toestanden, en breuken in relaties (Flynn, Cicchetti, & Rogosch, 2014; Malekoff, 2008);
- (d) problematische ontwikkeling van een gevoel van zelf en identiteit: gevoelens van waardeloosheid, schaamte, schuld, laag zelfwaardegevoel en gering zelfvertrouwen (Flynn et al., 2014; The National Child Traumatic Stress Network, 2003).

5. Ontwikkeling is complex en elk kind is uniek: equifinaliteit en multifinaliteit

Een teveel aan vroege negatieve ervaringen beïnvloedt ontwikkelingsdomeinen die bepalend zijn voor hoe een kind opgroeit. Ze beperken de opbouwcapaciteiten die hem in staat stellen om de aanspraken van latere ontwikkelingsstappen en levenstaken met een zekere draagkracht en flexibiliteit aan te kunnen (zie Vliegen et al., 2017). Ontwikkelingsprocessen verlopen niet lineair, en deterministische causaliteiten bestaan niet in deze levensdomeinen. Bij het inschatten van de ontwikkeling van kinderen kunnen we terugkijkend soms begrijpen welke aspecten van ontwikkeling kwetsbaar gebleven zijn en welke aspecten getuigen van veerkracht, maar actuele moeilijkheden leggen de toekomstige ontwikkeling van een kind niet vast. Een kind kan vanuit een bepaalde ontwikkelingssituatie nog vele wegen op. Noties als equifinaliteit en multifinaliteit (Luyten, Vliegen, Van Houdenhove, & Blatt, 2008) helpen dat te begrijpen. Equifinaliteit betekent dat kinderen met verschillende levensgeschiedenissen voor bepaalde ontwikkelingsdomeinen (bijvoorbeeld schools presteren) toch op eenzelfde punt kunnen uitkomen. Multifinaliteit betekent dat kinderen vanuit gelijkaardige moeilijke omstandigheden toch verschillende ontwikkelingstrajecten kunnen doorlopen, en dat ook binnen de problematische trajecten nog veel variatie zit (Cicchetti & Rogosch, 1996).

6. Kapitaliseren op de plasticiteit van de vroege kinderontwikkeling

We kunnen – na de bovenstaande redenering – onmogelijk over jonge kinderen stellen: ‘What doesn’t kill them, makes them stronger.’ De gedachte dat een kind ‘te jong’ is om negatieve effecten te ondervinden van levensgebeurtenissen wordt door wetenschappelijke evidentie tegengesproken. Uiteraard is een kind nog elastisch en veerkrachtig, en kan ontwikkelingsondersteuning een tegengewicht bieden aan kwetsbaarheidsfactoren. Net omdat vroege ontwikkeling nog flexibel en plastisch is, is er nog veel mogelijk, ook voor kinderen die vroeg in het leven tegenslag kenden. We kunnen die flexibiliteit van het vroege leven ondersteunen door adequate preventie of interventie. Het effect daarvan is het grootst wanneer die vroeg genoeg plaatsvindt (Fisher & Gunnar, 2010). Er is heel

wat mogelijk om ontwikkeling vroeg te ondersteunen, gaande van preventie op 0e en 1e lijn tot psychotherapeutische interventies op 2e en 3e lijn. Daarbij wordt steeds sterk ingezet op de ondersteuning van ouders en omringende zorgfiguren, aangezien hun psychische gezondheid en emotionele stabiliteit en beschikbaarheid ten aanzien van hun kind, evenals hun netwerk en maatschappelijke omkadering van groot belang zijn voor het welzijn van hun kind (zie thema 4).

Thema 2. Ook ouders vergen zorgzame aandacht: 'Perinatal mental health'

Voor ouders is de fase van zwangerschap en pril ouderschap er niet louter één van positieve 'roze wolk'-gevoelens, maar ook één van verhoogde kwetsbaarheid voor psychopathologie.

Wat we weten: samengevat

1. De fase van pril ouderschap is er een van intense vreugde, hoop en lust (positief affect), maar evenzeer van angsten, zorgen, schaamte- en schuldgevoelens, zelfs woede, onmacht en wanhoop (negatief affect). Deze fase is één van de belangrijkste momenten van identiteitsreorganisatie in het volwassen leven.
2. Er is een verhoogde kans op het ontwikkelen van problemen met betrekking tot de mentale gezondheid, voornamelijk perinatale depressie en perinatale angst. Bij eerdere psychische kwetsbaarheid is de kans op herval aanzienlijk.
3. Een perinatale depressie kent voor een aanzienlijke subgroep van moeders een chronisch verloop.
4. De risicofactoren voor een perinatale depressie zijn van sociale, psychologische en biologische aard en in de literatuur goed gedocumenteerd.
5. Deze fase is een uitzonderlijk goed moment voor interventie omdat (a) prille ouders het beste willen voor hun kind/nieuwe gezin en (b) de intense veranderingen waar ze door gaan hen flexibeler maken om oude patronen los te laten en nieuwe uit te proberen.

Wat we weten: verder onderbouwd

1. De nieuwe fase van ouderschap brengt een 'rollercoaster' aan veranderingen teweeg

Zwangerschap en geboorte van een kind leiden tot immense veranderingen in het biopsychosociale functioneren van ouders. *Lichamelijk* gaan zwangerschap en bevalling gepaard met veranderingen die een rol kunnen spelen in het ontwikkelen van een psychische kwetsbaarheid in deze periode. Hormonale veranderingen gaan vaak samen met perinatale depressie evenals met veranderingen in het immuunsysteem van de (aanstaande) moeder. Er is heel wat onderzoek naar de biologische mechanismen die mede ten grondslag liggen aan de verhoogde psychische kwetsbaarheid tijdens het peripartum (Serati, Redaelli, Buoli, & Altamura, 2016).

Psychosociale veranderingen hebben te maken met de nieuwe ontwikkelingstaken van deze fase. Deze zijn het meest omvattend beschreven door Stern (1995) aan de hand van het concept 'motherhood constellation'. Het meer actuele 'parenthood constellation' – intussen is geweten dat dit niet zo anders is voor vaders – slaat op een tijdelijke, specifieke psychische manier van zijn die sterk gericht is op het eigen gezin. Er is een nood aan zich nestelen, aan de wereld kleiner maken, aan minder op de buitenwereld gericht zijn met zijn professionele en sociale aanspraken. Het gaat in deze periode om nieuwe gevoeligheden, gedachten en zorgen, waarbij vier centrale thema's op de voorgrond komen. Het zijn de thema's van *leven en groei* (Kan ik het nieuwe leven in stand houden?), van de *primaire relatie* (Kan ik mij emotioneel engageren in de baby?), van de *ondersteunende omgeving* (Zal er genoeg ondersteuning zijn voor mij en mijn kind?) en van de *identiteitsreorganisatie* (Kan ik mijn

identiteit aanpassen om al deze functies te faciliteren?) (zie ook Vliegen, 2006). Ouder zijn van een jong kind wordt door ouders ervaren als een overweldigende uitdaging (Nyström & Öhrling, 2004).

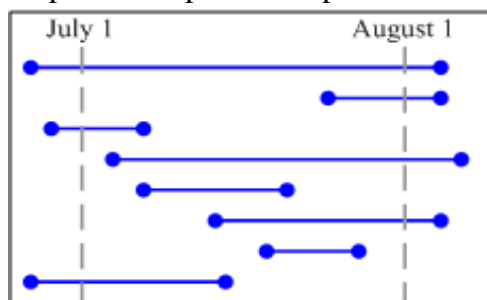
2. Een verhoogd risico op affectieve spectrumstoornissen

De perinatale periode van zwangerschap tot het eerste jaar na de geboorte wordt gekenmerkt door een intense affectiviteit waarin positieve gevoelens van plezier, vreugde en voldoening (de 'roze wolk'-gevoelens) nauw samengaan met moeilijke en negatieve gevoelens. Deze 'rollercoaster' van intense, soms tegenstrijdige gevoelens maakt de fase van pril ouderschap tot een bijzonder kwetsbare fase in het leven van volwassenen. 50% tot 80% van de moeders gaat na de geboorte door een episode van 'babyblues' (Seifer & Dickstein, 2000), gekenmerkt door milde maar onmiskenbare gevoelens van verdriet, vermoeidheid tot uitputting, angst en stemmingsschommelingen. Ook lichamelijke en emotionele problemen zoals rugpijn, hoofdpijn, extreme vermoeidheid en verminderd libido zijn vaak voorkomende klachten na een bevalling (Saurel-Cubizolles, Romito, Lelong, & Ancel, 2000). Waar babyblues nog te relativiseren is als mild en voorbijgaand, gebeurt dat – ten onrechte – ook wel eens met betrekking tot een perinatale depressie (PD), zowat de meest voorkomende complicatie bij een zwangerschap (Finoulst, Vankrunkelsven, & Hompes, 2018; Kendig et al., 2017; Wisner et al., 2013). Zowel moeders als vaders lopen een verhoogd risico op depressie, zij het in verschillende mate (Epifanio, Genna, De Luca, Roccella, & La Grutta, 2015).

Wat je moet weten over prevalentie:

Point prevalence (puntprevalentie): betreft de verhouding van het aantal moeders met een PD ten aanzien van alle pas bevallen moeders op één bepaald moment en geeft dus een beeld van hoeveel moeders er op dit moment van de postpartum periode depressief zijn.

Period prevalence of **prevalence rate** (periodeprevalentie): betreft de verhouding van het aantal moeders met een PD ten aanzien van alle pas bevallen moeders gedurende een bepaalde periode (hier de postpartum periode), en geeft dus een beeld van hoeveel moeders er tijdens de perinatale periode depressief worden.



De geschatte puntprevalentie tijdens de eerste drie maanden na de geboorte ligt rond de 5% voor majeure en 13% voor mineure depressie. Periodeprevalenties worden geschat op respectievelijk 18,4% en 19,2% (Gavin et al., 2005).

Deze cijfers – gebaseerd op diverse studierapporten en meta-analyses van onderzoeksresultaten – vertellen dat ongeveer 20% van de pas bevallen moeders door een episode van depressie gaat (Howard, Piot, & Stein, 2014). Bij vaders ligt dat rond de 10% (Paulson & Bazemore, 2010). Toch houden we met deze gegevens weinig rekening bij de voorbereiding op of begeleiding bij zwangerschap en bevalling, noch bij de zorg na de geboorte. Slechts een fractie (10%) van de vrouwen vindt de hulp die ze nodig hebben (Kingston et al., 2015). Nochtans beschikken we over een goede kennis van de diepgaande impact die een depressie heeft op de (aanstaande) moeder, haar (nog ongebooren) kind, en haar context (Atif, Lovell, & Rahman, 2015).

3. Van postpartum depressie naar chronische depressiviteit

Bovendien weten we dat 30% tot 40% van de moeders die een perinatale depressie doormaken, daar niet van herstelt, maar terechtkomt in een chronische depressie (Goodman, 2004; Vliegen, Casalin, & Luyten, 2014) die hen en hun gezin nog vele jaren zal belasten.

4. Risicofactoren met betrekking tot pril ouderschap

Er zijn drie categorieën van risicofactoren die een gezonde en positieve fase van pril ouderschap kunnen hypothekeren. *Sociale risicofactoren* gaan over intrafamiliaal geweld, misbruik, gebrek aan sociale omkadering, ongewenste zwangerschap en een lage socio-economische status. *Psychologische risicofactoren* betreffen een geschiedenis van psychopathologie (depressie, psychose, angst, persoonlijkheidsproblematiek) (Goodman et al., 2011; Sameroff & Fiese, 2000) en alcohol- of druggebruik (Anda et al., 2007), en te hoge rolverwachtingen (Howell, Mora, DiBonaventura, & Leventhal, 2009; McMahon, Barnett, Kowalenko, & Tennant, 2005; Vliegen et al., 2013, 2010). *Biologische risicofactoren* zijn een chronische of medische ziekte (Howard, Piot, & Stein; 2014). Eén risicofactor vormt op zich zelden een probleem, bij voldoende veerkracht wordt deze meestal gebufferd door positieve factoren. De meest risicovolle situaties zijn die waar een gezin geconfronteerd wordt met een cumulatie van risicofactoren (Vliegen et al., 2014) en een gebrek aan tijdige adequate hulp.

5. De flexibiliteit van de perinatale periode maakt deze fase tot een goed moment voor verandering

In de literatuur ligt vaak een klemtoon op kwetsbaarheid en minder op veerkracht en weerbaarheid. De perinatale periode is echter een uitzonderlijk goed moment voor interventie omdat prille ouders het allerbeste willen voor hun nieuwe gezin en hun kind en omdat de intense veranderingen waar ze door gaan hen flexibeler maken om oude patronen los te laten en nieuwe uit te proberen. Het is dan ook belangrijk om in deze fase in te zetten op veerkracht of mentale weerbaarheid. Mentale weerbaarheid is een multidimensioneel, variabel en dynamisch proces dat gaat over de vaardigheid om uitdagingen, stress en tegenslag in het leven aan te kunnen (Waugh & Koster, 2015). Het is het product van de interactie tussen het individu en zijn omgeving, en wordt beïnvloed door bronnen die gelegen zijn bij het individu of in de context (Witteveen, Walker & Henrichs, 2017). Factoren die de weerbaarheid kunnen verhogen zijn psychologische flexibiliteit, sociale steun, actieve lichaamsbeweging, zelfredzaamheid, actieve coping en optimisme. Deze factoren verminderen het risico op een perinatale depressie.

Inzetten op factoren die de weerbaarheid verhogen is relevant vanuit preventief en curatief perspectief. Het vergroot niet alleen stressbestendigheid en mentale weerbaarheid, maar leidt ook tot een beter psychisch welzijn op korte en op lange termijn. Het verlaagt het risico op een ongunstig verlopende zwangerschap en geboorte, op de ontwikkeling van cognitieve en gedragsproblemen bij het kind. Het verhogen van de weerbaarheid kan een onderdeel zijn van ontwikkelingsondersteunende en curatieve interventies (Witteveen, Walker & Henrichs, 2017).

Het is van belang dat depressieve klachten en depressie tijdig herkend en gedetecteerd worden, en dat zorgverleners weet hebben van verwijroutines en van wat een passende aanpak is voor

deze vrouwen. Ten slotte is het relevant voor ogen te houden dat de behandeling van bijvoorbeeld een postpartum depressie op zich niet volstaat om de ouder-kindrelatie te verbeteren (Forman et al., 2007), en dat er vaak ook ondersteuning van de ouder-kindrelatie nodig is.

Thema 3. De specifieke kenmerken van de relatie tussen zorgfiguur en kind

Kind en ouders dragen bij tot de vroege ouder-kindrelatie, maar die relatie zelf is evenzeer een aandachtspunt. Deze kan immers een bron van vreugde, plezier, veiligheid en warmte zijn, maar ze kan ook – vanuit wat wordt binnengebracht aan kwetsbaarheidsfactoren – een bron worden van stress, angst en zorg. Relatiepatronen en wijzen van omgaan met emoties, stressmomenten of conflicten ontstaan hier; ze worden inge oefend en zijn ingebakken vanaf het begin van het leven. Gezonde en constructieve patronen van omgaan met anderen en met jezelf, zijn krachten voor het leven. Problematische of zelfs destructieve patronen kunnen al vroeg in het leven ‘selffulfilling prophecy’s’ en vicieuze cirkels worden.

Wat we weten: samengevat

1. Kinderen die opgroeien te midden van zorgzame relaties hebben meer kansen op goede capaciteiten en vaardigheden in diverse ontwikkelingsdomeinen. De meerderheid van alle kinderen wereldwijd gaat echter door ervaringen die de ontwikkeling belasten.
2. Wanneer ouders er niet in slagen te handelen ‘in the best interest’ van hun kind, heeft dat te maken met de diverse risicofactoren die de ouderlijke vaardigheden onder druk kunnen zetten.
3. Ontwikkeling vindt plaats via interactionele processen.
4. Risico- en veerkrachtfactoren bij kind, ouder of context gaan met elkaar in interactie.
5. Psychopathologie wordt doorgegeven van de ene generatie naar de andere via impliciete patronen en processen, dus onbewust en onbedoeld.
6. Interventies gebaseerd op het doorbreken van problematische interactiecirkels zijn essentieel, en worden het liefst zo vroeg mogelijk ingezet.

Wat we weten: verder onderbouwd

1. Een stevig fundament voor een (veer)krachtig huis

De zorgzame versus stressvolle kwaliteiten van een gezin zijn van cruciaal belang voor de lichamelijke, emotionele en sociale ontwikkeling van jonge kinderen (zie ook thema 1). Kinderen die opgroeien te midden van warme en zorgzame relaties hebben meer kansen om goede capaciteiten te ontwikkelen in diverse ontwikkelingsdomeinen. Ze hebben meer kans om empathische, zorgzame en reflectieve kinderen te worden, die stevigere en meer duurzame relaties kunnen aangaan met anderen. Een stimulerende thuisomgeving gekenmerkt door sensitieve en responsieve relaties tussen ouders en jonge kinderen geeft meer kansen op de ontwikkeling van goede cognitieve en talige vaardigheden, een goede werkhouding, en goed schools presteren (Birch & Ladd, 1997; Bradley, Caldwell, & Rock, 1988; Bradley, Caldwell, Rock, & Ramy, 1989; Kochanska, 2002; Kochanska & Thompson, 1997; Ladd, Birch, & Bush, 1999; Ladd, Kochenderfer, & Coleman, 1996, 1997; Pianta, 1999; Pianta, Nimetz, & Bennett, 1997). Negatieve levenservaringen daarentegen kunnen ernstig belastend zijn voor diverse ontwikkelingsdomeinen.

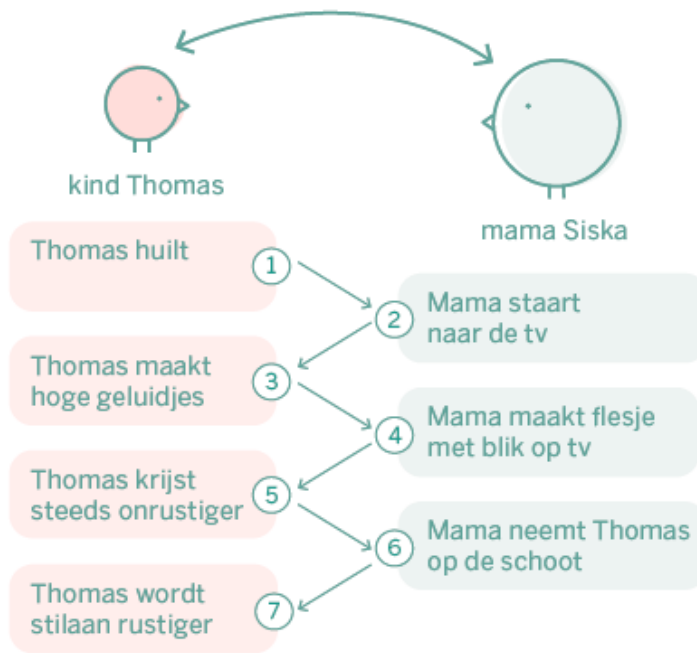
Toch zijn er heel wat gezinnen waarin ouders niet de bron van rust, regulatie en plezier zijn, maar (ook) de belangrijkste bron zijn van stress, angst en pijn bij hun jonge kind. De grootste studie wereldwijd die de prevalentie en de duurzame gevolgen van vroege negatieve levenservaringen bestudeerde, is de Adverse Childhood Experiences (ACE) Study (Anda et al., 2006). Zij bevroegen bij volwassenen acht vormen van negatieve ervaringen in de vroege kindertijd. 10% van hen gaf aan emotioneel misbruik (bang gemaakt, beschuldigd, toegeschreeuwd) te hebben ervaren, 28% werd fysiek mishandeld (geslagen en gekwetst), 20% werd seksueel misbruikt, 27% groeide op in een gezin waar alcohol- of druggebruik de sfeer bepaalde, 19% groeide op met een ouder met een mentale ziekte (depressie of suïcidaliteit), 12% was getuige van gezinsgeweld, 4% had een ouder in de gevangenis, en 23% groeide op in een echtscheidingssituatie. Globaal gaf 36% van alle bevroegde volwassenen aan nooit met dergelijke negatieve gezinssituaties te zijn geconfronteerd. De anderen maakten één van deze ervaringen mee (26%), of ook wel twee (15%), drie (9%) of meer (12%).

2. Ouders in zwaar weer

Dat een aanzienlijk aantal kinderen opgroeit in situaties waarin hun ontwikkeling niet alle kansen krijgt, betekent geenszins dat er zo veel destructieve of mishandelende ouders zijn. Het gaat veelal over ouders die zich in moeilijke omstandigheden bevinden en die, om welke reden dan ook, tijdelijk of langdurig niet beschikken over de nodige ouderlijke vaardigheden en mentaliserende mogelijkheden of die niet in de mogelijkheid zijn om hun vaardigheden in te zetten. Risicofactoren die wegen op de relatie kunnen opgedeeld worden in drie groepen. Er zijn *risicofactoren bij het kind*, zoals een kind met een ernstige ziekte of handicap, dysmatuur of prematuur geboren of een hele tijd in levensgevaar (DeMier, Hynan, Hatfield, Varner, Harris, & Manniello, 2000; Jackson, Ternestedt & Schollin, 2003). *Risicofactoren bij de zorgfiguren* zijn bijvoorbeeld psychisch ziek zijn (Cummings, Davies, & Campbell, 2002; Goodman, Rouse, Connell, Broth, Hall, & Heyward, 2011), verslaafd of leven met onverwerkt trauma (Appleyard & Osofsky, 2003). *Risicofactoren in de relatie en/of in externe omstandigheden* doen zich bijvoorbeeld voor wanneer ouderschap ontstaat binnen een gewelddadige partnerrelatie (Holt, Buckley, & Whelan, 2008), in armoede (Bornstein & Bradley, 2014; Dearing, McCartney, & Taylor, 2006), tijdens een vlucht of in oorlog (Lieberman, 2011). Risicofactoren kunnen acuut dan wel chronisch aanwezig zijn, en kunnen een directe of indirecte invloed hebben op het kind. Belangrijk om weten is dat risicofactoren – wanneer ze samen voorkomen – ook nog eens met elkaar gaan interageren (Kraemer, Stice, Kazdin, Offord, & Kupfer, 2014).

3. Ontwikkeling als een interactioneel proces

Om te begrijpen hoe zorgzame versus stressvolle ervaringen inwerken op de ontwikkeling van een kind, dient ontwikkeling te worden begrepen als een interactioneel proces (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Sameroff, 2009, 2010; Sameroff, McDonough, & Rosenblum, 2004) waarin kind- en ouderfactoren en de interactie daartussen in acht worden genomen. Ontwikkeling is een dynamisch, wederzijds beïnvloedend tweerichtingsverkeer tussen kind en context, waarbij context-naar-kind en kind-naar-context invloeden op een complexe manier op elkaar ingrijpen.



Bron: Interactiemodel van Sameroff

Sameroffs model (2004) wordt wereldwijd gebruikt om interventies te implementeren die de ontwikkeling van kinderen ondersteunen. Het geeft plaats aan zowel ontwikkelings- als omgevingsfactoren, en laat toe het complexe samenspel van die factoren in beschouwing te nemen. Niet alleen heeft de ouder een invloed op hoe het kind ontwikkelt, ook het kind heeft een eigen inbreng in de relationele dynamiek. Niet alleen is er de hier-en-nu relatie, maar ook wat dat betekent voor de ontwikkeling op langere termijn. Zo kan een heftig temperament of een kind met gedragsproblemen meer negatief of straffend ouderlijk gedrag ontlokken (Gershoff et al., 2010), hetgeen op zijn beurt dan weer invloed heeft op hoe dat kind verder ontwikkelt. Zo toonde een studie (Gershoff, Lansford, Sexton, Davis-Kean, & Sameroff, 2012) aan hoe kinderen die gestraft worden met een tik of een klets, meer gedragsproblemen ontwikkelen; en dat kinderen met gedragsproblemen vaker gestraft worden met een tik. Het actuele gedrag van een kind wordt in dergelijk model met andere woorden begrepen als het resultaat van een veelheid aan interagerende factoren, als het product van continue, dynamische interacties tussen het kind en de ervaringen die het opdoet in de relaties met ouders en context (Olson, Sameroff, Kerr, Lopez, & Wellman, 2005).

4. Kennis van risico- en veerkrachtfactoren en hoe ze op elkaar inwerken

Kennis over risicofactoren en hoe ze op elkaar inwerken, is onontbeerlijk om vervolgens in hulpverlening in te zetten op de protectieve factoren die de veerkracht van een systeem kunnen ondersteunen en versterken. Risicofactoren die kunnen interfereren met vroege ontwikkeling, kunnen gelegen zijn bij elk van de drie beschreven actoren in het IMH-werkveld (zie voor een overzicht: Shulman, 2016): bij het kind, de ouders en de omgeving. Waar traditioneel over risicofactoren werd gedacht in termen van stressoren die een negatieve invloed konden hebben op de ontwikkeling van een kind, wordt risico actueel beschouwd als een proces (Shulman, 2016) dat niet alleen bepaald wordt

door de risicofactoren zelf, maar ook door de gevolgen van die risicofactoren, en de wijze waarop al dan niet een stroom van stresserende ervaringen en mechanismen in gang wordt gezet. Een stevig gezin met goede mechanismen om tegenslag of ziekte te hanteren en met voldoende sociale omkadering om schokken op te vangen, komt niet meteen in een situatie van bedreigde ontwikkeling terecht.

In de klinische praktijk worden we vaak geconfronteerd met gezinnen die het hoofd moeten bieden aan meer dan één risicofactor. Er wordt dan gesproken van een *cumulatie van risicofactoren*, waarmee wordt aangegeven dat meerdere specifieke risicofactoren de kans op nadelige gevolgen voor het kind en het gezin vergroten (Schulman, 2016). De aanwezigheid van twee of meer risicofactoren heeft een krachtigere belastende impact dan wat je zou verwachten vanuit de som van de factoren afzonderlijk (Evans, Li, & Whipple, 2013; Monk, Georgieff, & Osterholm, 2013; Myers, 2009; Rutter, 2009; Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970; Shonkoff et al., 2012). Waar één risicofactor vaak weinig impact heeft, zeker wanneer er veel veerkrachtige elementen aanwezig zijn, verdrievoudigt de kans op psychopathologie bij het kind zodra er twee of drie risicofactoren aanwezig zijn.

5. Psychopathologie wordt doorgegeven via impliciete patronen en processen

De beschreven modellen helpen te begrijpen hoe de overdracht van moeilijkheden in het algemeen, en van bijvoorbeeld psychopathologie in het bijzonder, over generaties heen (intergenerationele overdracht) een complex proces is waarin diverse factoren en mechanismen een rol spelen (Goodman & Gotlib, 1999). Allereerst is er de genetische overerving van een psychisch kwetsbare aanleg die een rol speelt bij intergenerationele overdracht van psychopathologie. Daarnaast werken prenatale invloeden van bijvoorbeeld voeding en emotioneel welzijn in op de ontwikkeling van het kind. Deze invloeden bevorderen reeds tijdens de zwangerschap de mogelijke ontwikkeling van psychopathologie (Lambregtse-van den Berg, Van Kamp, & Wennink, 2015; Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011; Roseboom, 2018). Omgevingsfactoren ten slotte kunnen via epigenetische mechanismen een invloed hebben op het al dan niet tot expressie komen van een kwetsbare genetische aanleg. Tot deze omgevingsfactoren behoort de vaak aanwezige directe relationele invloed van ouder naar kind. Wanneer een ouder het psychisch niet goed stelt, zal deze voor het kind minder emotioneel beschikbaar zijn en minder in staat zijn adequate opvoedingsvaardigheden in te zetten, waardoor de interactie onder druk komt te staan. Daarenboven gaat psychopathologie bij de ene ouder vaker samen met psychische kwetsbaarheid bij de andere ouder. Wanneer de ene ouder het psychisch moeilijk heeft, heeft de andere ouder een hoger risico om zelf psychische moeilijkheden te ontwikkelen of te hebben. Daardoor heeft een kind vaak meerdere invloeden in dezelfde richting. Het bovenstaande betekent dat psychopathologie wordt doorgegeven van de ene generatie naar de andere, en dat dit gebeurt via impliciete patronen en processen, dus onbewust en onbedoeld.

6. Via preventie en interventie de problematische interactiecirkels doorbreken

Het bovenstaande betekent dat een preventieve ondersteuning en hulpverlenende interventie in de eerste levensjaren van een kind en in de eerste periode van ouderschap van wezenlijk belang zijn. Hoe vroeger een negatieve cirkel doorbroken of – beter nog – voorkomen kan worden, hoe meer kansen een kind heeft op een optimaler ontwikkelingstraject en hoe meer kansen ouders hebben op een competent en bevredigend ouderschap. Zoals eerder aangehaald, is behandeling van bijvoorbeeld een postpartum depressie van de ouder op zich niet voldoende om de ouder-kindrelatie te verbeteren

(Forman et al., 2007), en dient dus steeds ook te worden ingezet op zowel het kind, als de ouders als de interactie tussen beiden.

Thema 4. Ontwikkelingsondersteuning: perspectieven en werkzame factoren

Vanuit ontwikkelingspsychologische kennis en vanuit een Infant Mental Health-perspectief zijn er diverse kennisentiteiten en instrumenten die op de 0e en 1e lijn ingezet kunnen worden om ontwikkelingsondersteuning op een effectieve manier vorm te geven.

Wat we weten: samengevat

1. Ontwikkelingsondersteuning vertrekt vanuit een focus op het kind in zijn relationele contexten, en de transactionele invloeden die daarin werkzaam zijn.
2. Een balansmodel is een helpend perspectief op protectieve factoren en risicofactoren, op hoe ze op elkaar inwerken en hoe een balans weer kan herstellen.
3. De ontwikkelingsinterventiepiramide biedt een houvast om maatwerk te bieden: ze geeft aanknopingspunten om prioriteiten af te bakenen, bij te sturen en hulp aan te bieden via stepped, matched en wrapped care.
4. Een zorgverlenende relatie is maar werkzaam wanneer ze gebouwd is op vertrouwen en continuïteit, en een sterke focus houdt op relationele verbinding en reflectiviteit.
5. Continuïteit in zorg- en hulpverlening is een *conditio sine qua non* voor effectieve ontwikkelingsondersteuning.

Wat we weten: verder onderbouwd

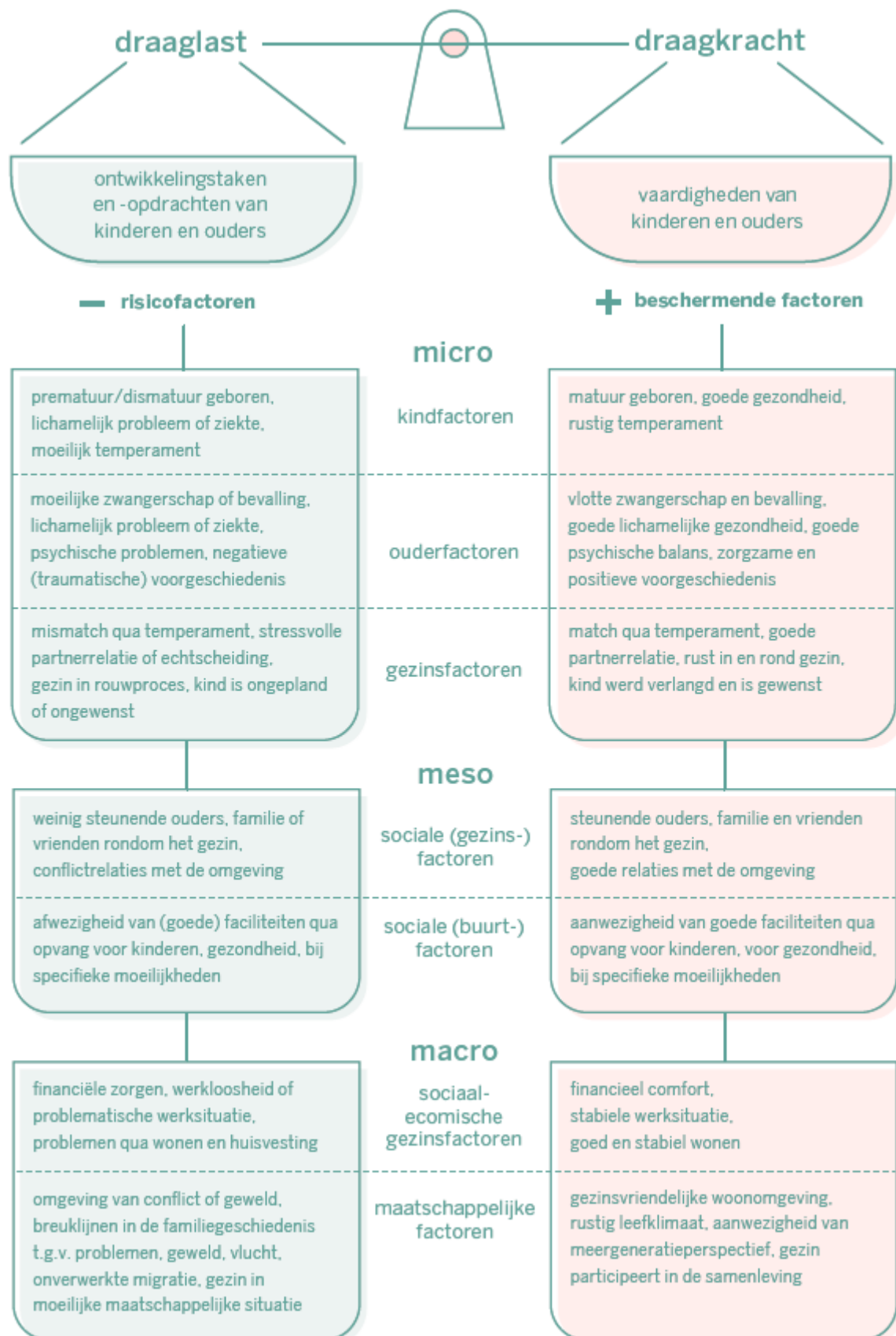
1. Vroege ontwikkeling ondersteunen: kind en context in het vizier

Uit de voorgaande drie thema's volgt logischerwijze dat zorg dragen voor de mentale gezondheid van het jonge kind betekent dat ondersteuning wordt geboden voor de relaties tussen kind en zorgfiguren. Zorgzame, warme, individueel afgestemde en wederzijdse relaties die sensitief en consistent zijn (Feldman, 2012), geven het kind de beste ontwikkelingskansen. Menselijke relaties, en het effect van relaties op relaties, vormen in die zin de bouwstenen van ontwikkeling (Shonkoff & Philips, 2000). Relaties vergroten de kans om goede vaardigheden en capaciteiten te ontwikkelen op een veelheid aan ontwikkelingsdomeinen en werken beschermend tegen de gevolgen van risicofactoren zoals armoede; ze nemen de gevolgen daarvan niet weg, maar kunnen deze wel modifieren of de negatieve impact ervan verzachten.

Ondersteunen van ontwikkeling houdt dan in dat transactionele processen die plaatsvinden binnen hun onderlinge relaties in beeld worden gehouden. Hoe breder de lens die je daarbij gebruikt, hoe meer je van het landschap ziet. Het ecologische ontwikkelingsmodel dat Bronfenbrenner uitstekende, focust op de wisselwerking tussen de micro- en macrocontexten waarbinnen een kind opgroeit, en helpt te begrijpen hoe negatieve invloeden kunnen inwerken op een jong kind. Binnen het bestek van dit project gaat de aandacht vooral naar de micro- en mesosystemen, aangezien dat de systemen zijn waar professionals op de 0e en 1e lijn mee te maken krijgen en invloed op kunnen uitoefenen. Soms kan er echter ook worden meegedacht over het niveau van macrosystemen (maatschappij en cultuur waarbinnen het kind leeft). Op elk niveau van dit model kunnen sterktes en kwetsbaarheden gedetecteerd worden die op hun beurt richting kunnen geven aan interventies (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Raets & Boven, 2012).

2. Een balansmodel om te kijken naar risico- en protectieve factoren, en het herstellen van evenwichten

Het balansmodel (Bakker, Bakker, Van Dijk, & Terpstra, 1998) kan een hulpmiddel zijn om op elk niveau van systemen rondom een kind en zijn gezin risico- en beschermende factoren in kaart te brengen en te denken over hoe het zit met het evenwicht tussen draagkracht en draaglast voor een bepaald gezin. De draaglast betreft dan de ontwikkelingstaken en de risicofactoren waarmee ouder en kind in een levensloopperspectief geconfronteerd worden; de draagkracht gaat over de vaardigheden en protectieve factoren waarmee ouder en kind toegerust zijn om de draaglast aan te kunnen (Raets & Boven, 2012). Een goed zicht op en inschatting van deze balans voor elk gezin waarvoor een 0e- en 1e-lijnszorgverlener mee zorg draagt, kunnen richting geven aan waarop in te zetten in ontwikkelingsondersteunende interventies gericht op het stutten en het versterken van beschermende factoren (draagkracht verhogen) en/of het moduleren van de impact van risicofactoren (draaglast verminderen).



3. De ontwikkelingsinterventiepiramide: ontwikkelingsondersteuning op maat

Een zorgverlenend aanbod dat beoogt helpend te zijn om een gezin bij een dreigend of actueel onevenwicht weer in balans te brengen, dient aan te sluiten bij de noden van het kind en zijn gezin. De ontwikkelingsinterventiepiramide van Greenspan en Wieder (2000, 2006) is een ontwikkelingsgebaseerd interventiemodel, dat een hulpmiddel kan zijn in de zoektocht naar het niveau waarop de ouder-kindrelatie (prioritair) ondersteuning nodig heeft om een gezonde lichamelijke, emotionele, sociale en intellectuele ontwikkeling van het kind zo veel mogelijk kansen te geven. Er bestaat geen aanbod dat voor alle kinderen of gezinnen ‘werkt’: waar het ene ouder-kind-systeem met een huilende baby voldoende heeft aan concrete steun in huis, is een tweede gezin geholpen met een ouder-kind-behandeling, en dient bij een derde ouder-kind-paar een uithuisplaatsing gerealiseerd te worden omdat het symptoom een signaal is van intense dreiging.

De piramide visualiseert de vijf verschillende niveaus of echelons van ontwikkelingsnoden, en geeft daardoor richting en houvast in het afwegen van prioriteiten en het opstellen van een plan van aanpak in zorg- en hulpverlening (Rexwinkel, Schmeets, Pannevis & Derkx, 2011). Het eerste, meest basale niveau betreft de fysieke basisbehoeften, zoals voeding, huisvesting, medische zorg en fysieke veiligheid. Het tweede echelon verwijst naar de nood aan emotioneel en relationeel veilige gehechtheidsrelaties, gekenmerkt door voldoende stabiliteit en continuïteit. Het derde niveau in de piramide betreft de behoefte aan relaties die afgestemd zijn op de unieke noden en kenmerken van het kind, de ouder, en de interactie tussen beiden, waardoor beiden zich ten volle kunnen ontplooiën. Het vierde echelon verwijst naar hulpverlening voor kinderen en gezinnen met specifieke ontwikkelingsnoden en -profielen, zoals bij een motorische of taalachterstand bij het kind of geestelijke gezondheidsproblemen bij de ouder. Op de vijfde en hoogste laag van de piramide bevinden zich complexe problematieken die de ontwikkeling van kind, ouder, en/of de ouder-kindrelatie (dreigen te) doen vastlopen, en waarvoor gespecialiseerde hulpverlening aangewezen is. Waar op de eerste drie niveaus van deze piramide 0e- en 1e-lijnszorg centraal staan, zullen bij ontwikkelingsnoden op het vierde en vijfde echelon 0e- en 1e-lijnszorgverleners een belangrijke rol spelen bij het detecteren en bespreekbaar maken van deze noden, alsook het toeleiden naar en het goed transdisciplinair samenwerken met hulpverleningsinstanties op 2e en 3e lijn.

Op deze manier kan de piramide helpen bepalen op welk(e) niveau(s) van ontwikkelingsnoden een bepaald gezin op een bepaald moment prioritair ondersteuning nodig heeft (stepped en matched care). De flexibele inzetbaarheid van dit model laat bovendien toe dat zorgverlening tijdig en adequaat kan bijgestuurd worden, afhankelijk van hoe een aanmeldingsklacht evolueert en van de ontwikkeling die het gezin doormaakt (matched care). Tot slot impliceert de blijvende betrokkenheid van 0e- en 1e-lijnszorgverleners op de vierde en vijfde echelons van ontwikkelingsondersteuning de centraliteit van transdisciplinaire samenwerking en dragende netwerken rondom een gezin (wrapped care).



4. Ontwikkeling ondersteunen vergt ‘betrouwbare’ zorg- en hulpverleners

Kennis van ontwikkelingspsychologie en ontwikkelingsinterventiemodellen bij 0e- en 1e-lijnszorgverleners is cruciaal om sociaal-emotionele problemen bij jonge kinderen te voorkomen, of vroege signalen van zich ontwikkelende problemen te detecteren en te begrijpen (Sameroff, McDonough, & Rosenblum, 2004; Shulman, 2016; Zeanah, 2018), om vervolgens tijdig en adequaat te kunnen interveniëren. In die zin zitten 0e- en 1e-lijnszorgverleners vaak op de eerste rij rond gezinnen met jonge kinderen: hun nabijheid bij deze gezinnen laat toe om hun fijnmazige observerende vaardigheden met relatief grote continuïteit in te zetten. Centraal in de zorgverlening staat echter niet enkel deze kennis-deskundigheid, maar ook de zorgzame en reflectieve manier waarop de 0e- of 1e-lijnszorgverlener iets van zijn observaties en zorgen weet terug te geven aan ouders en bespreekbaar weet te maken, als basis om tot gezamenlijke beslissingen te komen van wat bevorderend voor de ontwikkeling van het kind en voor de ouder-kindrelatie zou zijn. In dit perspectief weten we dat interventies en programma's maar werken wanneer ze met warme, gedreven deskundigheid worden uitgevoerd. In dit verband stellen we ‘betrouwbaarheid’ van de 0e- of 1e-lijnszorgverlener in termen van ‘mentaliseren bevorderen’ en ‘epistemisch vertrouwen’ centraal. Een zorgverlenende relatie vertrekt vanuit een zorgzame relatie waarin men zich beluisterd, gehoord en erkend voelt. Door de ervaringen en het perspectief van ouders keer op keer te valideren, groeit hun vertrouwen in de samenwerkingsrelatie als een veilige relatie waarbinnen samen kan gedacht en gesproken worden over de zorgen die aan de orde zijn. Op deze manier vormt epistemisch vertrouwen (d.i. vertrouwen in de authenticiteit, persoonlijke relevantie en generaliseerbaarheid van overgedragen kennis over de wereld die helpt om aanspraken het hoofd te bieden) een veilige basis om mentaliserende vermogens bij ouders te verbeteren of te herstellen. Dat kan op zijn beurt het epistemisch vertrouwen in andere dagelijkse relaties buiten de zorgverleningsrelatie vergemakkelijken (Fonagy & Allison, 2014). Zorgverlening gaat daardoor niet zozeer om het leren van wat de zorgverlener aanreikt aan advies en tips, maar eerder om het potentieel van een zorgverleningsrelatie te ervaren zodat de capaciteit om te leren in relaties groeit.

5. Continuïteit in zorg- en hulpverlening: een noodzakelijke voorwaarde voor werkzame ontwikkelingsondersteuning

Continuïteit en betrouwbaarheid zijn niet enkel cruciaal binnen één zorgverlenende relatie. Kleintjes groeien op te midden van relaties en ingebed in verschillende contexten; ouder-kindrelaties en contextuele dynamieken zijn transactioneel en complex; ontwikkelingsproblemen of -moeilijkheden kunnen in verschillende relaties of contexten tot uiting komen (Zeanah, 2018). Dat maakt een continuüm aan zorg- en hulpverlening noodzakelijk: gezinnen moeten op elk systeemniveau hulp kunnen vragen en krijgen. Tegelijk weten we dat continuïteit overheen zorg- en hulpverleningsinstanties en -lijnen een grote uitdaging vormt. Interventies worden vaak te kortdurend en/of te fragmentair ingezet om hun werk te kunnen doen en duurzame verandering te kunnen faciliteren. IMH-problemen vragen echter niet enkel een multidisciplinaire aanpak, waar er vanuit verschillende perspectieven en disciplines mee gekeken en geïntervenieerd wordt, maar ook en vooral een transdisciplinaire samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, waarin expertise gedeeld wordt en continuïteit rond een gezin bewaken een gedeelde zorg en verantwoordelijkheid wordt (Vliegen & Rexwinkel, 2011; Zeanah, 2018).