

1001 Kritieke Dagen

Lichamelijke, sociale en emotionele gezondheid in ontwikkeling



Infant Mental Health

Infant Mental Health integreert kennis uit ontwikkelingspsychologie, genetica en neurowetenschap ten behoeve van preventie, interventie en behandeling, die doorwerkt ver voorbij de babytijd. Infant Mental Health vormt daarmee een integrale wetenschappelijke basis onder de visie van 1001 Kritieke Dagen.

Als een professional werkt vanuit de IMH visie (IMH specialist DAIMH, Dutch Association Infant Mental Health), wordt er eerst een analyse gemaakt van de mogelijke factoren die een rol kunnen spelen bij de problematiek. Deze analyse omvat factoren op medisch en psychosociaal vlak, ontwikkelingscompetenties en -tekorten én factoren binnen de relationele context. De relationele factoren betreffen de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie met een of beide ouders en het opvoedingsklimaat. Met deze informatie kan een diagnostische classificatie volgens de DC:0-5² worden gemaakt. De DC:0-5 is een specifiek classificatiesysteem voor de baby- en vroege kindertijd, vergelijkbaar met de DSM-5, waarbij ook het perspectief van de vroege ontwikkeling en die van de context waarin het kind opgroeit worden meegenomen en mogelijke stressfactoren die de ontwikkeling kunnen bedreigen.

Wat is het belang van deze analyse en waarom de aandacht voor de relationele context?

Voor de verdere ontwikkeling van kinderen maakt het uit waar de wieg van de baby staat. Omgevingsfactoren en factoren in de relationele context (het gezin, de directe betrokkenen) hebben naast kind-eigen factoren een belangrijk invloed op de ontwikkeling, waarbij de invloeden in de eerste 1001 dagen een belangrijke basis leggen voor de rest van hun fysieke en emotioneel gezonde ontwikkeling.

Achtergrond Infant Mental Health

Infant Mental Health (IMH) is een duidelijke visie over de ontwikkeling van de (mentale) gezondheid van het jonge kind. Deze visie is wetenschappelijk én klinisch onderbouwd. De IMH visie is een wereldwijde beweging die door meerdere theorieën en disciplines wordt gevoed^{4,5}. De theorievorming uit de (neuro)biologie draagt bij aan inzicht over lichamelijke reacties, hersenontwikkeling en geheugen.

De sociologie biedt kennis over het functioneren van het kind binnen het grotere systeem: het gezin, de familie, de buurt en alle factoren in de omgeving die een rol spelen in het opgroeien. Het voortschrijdend inzicht binnen de vakgebieden ontwikkelingspsychologie, de psychiatrie, de pedagogiek en de (psychoanalytische) psychotherapie ontwikkelt de kennis en kunde over interne belevingswerelden van kind en ouders, de belangrijke cognitieve en emotionele ontwikkelingsmijlpalen van het jonge kind en het belang van de relaties waarin deze ontwikkeling plaatsvindt.

In de IMH visie staat de relatie tussen het jonge kind en diens ouders centraal. De baby 'bestaat' niet zonder de ouder, simpelweg omdat de baby dit (nog) niet kán. Fysiek niet, maar ook emotioneel niet. De fysieke bescherming, voeding en zorg zijn nodig om lichamelijk te overleven. Daarnaast zijn ook emotionele en mentale prikkels van de ouder(s) nodig om verder te kunnen ontwikkelen⁶. De hersenen zijn om die reden vanaf de prilste ontwikkeling al volledig ingesteld op het aangaan en onderhouden van deze relaties. Evolutionair gezien is dit heel logisch: als de baby zich zeker kan stellen van de nabijheid van een ouder is de kans dat voeding en warmte in de buurt blijft groter en daarmee ook de kans op overleving. De interactie met de ander heeft daarnaast ook een andere belangrijke functie: de interactie bevordert de ontwikkeling van de 'eigenheid' van de baby, een kern-zelfgevoel⁷. De baby leert via de reacties van de ouder de eigen signalen herkennen. Hij leert wat signalen betekenen en wat het geven van signalen of het tonen van emoties teweeg kan brengen. Als een baby bijvoorbeeld gaat kreunen van honger, hij opgepakt en gerustgesteld wordt, hem verteld wordt dat hij honger heeft en hij vervolgens wordt gevoed, dan leert de baby dat het

Contingentie: een logisch of passend gevolg op een actie, signaal of gebeurtenis. Belangrijk om oorzaak-gevolg relaties te leren ontdekken in jezelf en de wereld om je heen.

hongersignaal intern en het kreunen voeding brengt, naast een prettig warm en veilig gevoel. Dit is een contingente reeks van reacties op het kreunen. De baby leert zo zichzelf kennen, de baby leert over de mate van voorspelbaarheid van een ander en over de eigen bedoelingen van sensaties, reacties en

gedrag. Een stevig en positief zelfgevoel groeit als de ouder vaak passend en contingent reageert. In sensitieve en responsieve interacties met de ouder wordt de hersenontwikkeling gestimuleerd en worden er steeds meer complexe netwerken gevormd.

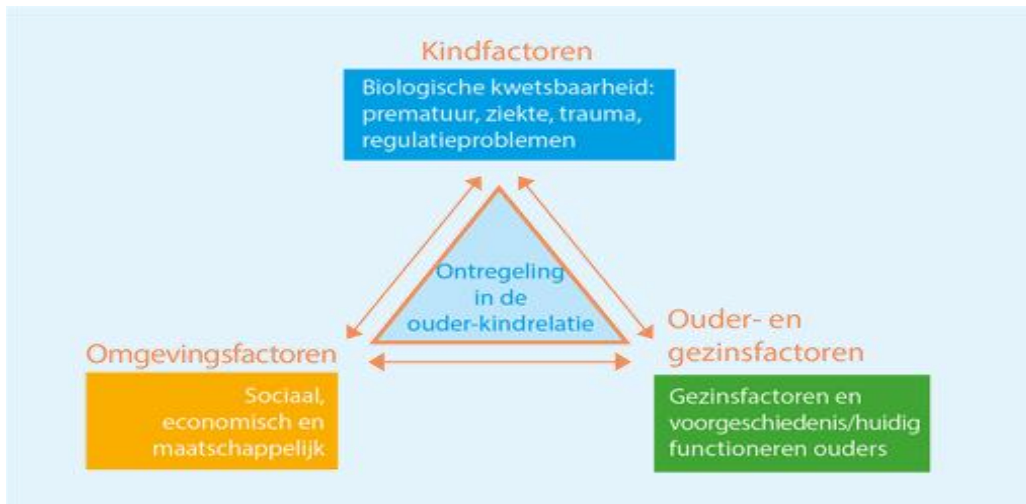
De baby ervaart ruimte om te leren in relatie tot de ander, van de (spiegel)reacties van de ander, over de eigen signalen, emoties en gedrag, maar ook over de ander en de wereld om de baby heen⁸. Naast contingente reacties, is frustratie als deze reactie uitblijft, ook van belang voor een stabiele emotionele ontwikkeling van de baby, stelt een van de grondleggers van IMH, Winnicot.

Sensitiviteit: gevoeligheid voor de signalen die het kind afgeeft, door goed te kijken en te proberen te begrijpen wat het kind bedoelt. Responsiviteit: Adequaat reageren op deze signalen.

Mede door momenten van frustratie leert de baby het verschil over zichzelf en de ander kennen⁷. Deze belangrijke emotionele en sociale kennisontwikkeling vergroot de weerbaarheid van de baby, die zich verder ontwikkelt tot een steeds meer autonoom en zelfstandig reddend wezen als peuter en kleuter tot in volwassenheid.

Beschikbaar zijn als ouder

De rol van ouders als gehechtheidsfiguren is voor de baby en zijn ontwikkeling dus cruciaal. De (emotionele) beschikbaarheid van ouders om adequaat te kunnen reageren op de signalen van de baby hangt af van meerdere factoren, zoals de belastbaarheid van de ouders en het appel dat de baby op de ouders doet als gevolg van het eigen temperament en andere kindfactoren.



Figuur 1. Interactie kindfactoren, omgevingsfactoren en ouder- en gezinsfactoren⁹

Als de ontwikkeling van de baby niet goed verloopt en ouders raken overbelast, wordt dat direct zichtbaar in de relatie tussen de baby en de ouder(s). De relatie komt onder druk te staan. Ouders voelen zich onthand, tekort schieten en daardoor vaak gespannen in de omgang met de baby, die bijvoorbeeld geregeld huilt, last heeft van darmkrampen, vaak spuugt, weinig of juist heel veel slaapt, teveel aankomt of juist te weinig. De druk op de relatie vergroot de regulatieproblemen: de baby komt niet in een prettig eigen ritme van slapen, eten en ontdekken. De aanleiding van dergelijke ontregelingen kan bij de baby liggen (kindfactoren), bij de ouders (ouderfactoren), of bij stressfactoren die voortkomen uit (verborgen) armoede, woonomstandigheden of werkeloosheid te maken hebben (omgevingsfactoren). Of met alle drie tegelijk. Er is altijd sprake van een wisselwerking. Zo zal ieder temperament, of een kwetsbaarheid van een baby een specifieke mate van beschikbaarheid van de ouder vragen. Als de ouder dit kan, ontstaat er hoogstwaarschijnlijk geen probleem in de ontwikkeling of de relatie. Als de ouder ook niet bezet raakt met zorgen over de eigen baan, of woonsituatie, dan blijft de ouder-kind relatie met natuurlijke pieken en dalen voldoende in evenwicht. De mate van (emotionele) beschikbaarheid van de ouders, die is bepaald door de eigen situatie en hun omgeving, bepaalt ook in hoeverre zij hun baby in de specifieke behoeftes kunnen voorzien. Als die beschikbaarheid beperkt is dan kan de relatie onder druk komen te staan en dit kan tot uiting komen in regulatieproblemen (Papoušek's trias¹⁰).

De kans op overbelasting van de ouders en daarmee een beperking in hun beschikbaarheid, hangt mede af van hun vermogen tot leren en veranderen. Elke ontwikkelingsfase van het kind vraagt een andere interactie en beschikbaarheid van de ouder. Daarnaast spelen de (kennis over) oudervaardigheden (o.a. opvoeding) en de representatie van de ouder over het kind een belangrijke rol.

De representatie van de ouder over de baby is een belangrijke voorspeller voor de kwaliteit van de

interactie binnen de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind¹¹. Deze representatie, die mede vanuit het verleden van de ouder is ontwikkeld, is vaak niet bewust bekend bij de ouder.

De representatie speelt in de interactie met de baby echter continu een rol en kan een positieve, maar ook een negatieve invloed hebben. Een positieve invloed wordt in de IMH een 'angel in the nursery' genoemd, een negatieve invloed een 'ghost in the nursery'.

Representaties zijn herinneringen of associaties in emotie en gedachten, die in een eerder moment van het leven van de ouder zijn geleerd. Bijvoorbeeld het gevoel of de gedachte het nooit goed te kunnen doen kan voortkomen uit de kritiek vroeger die de ouder als kind heeft ervaren van de eigen ouder. Maar ook de angst dat de ouder de enige is die alle problemen moet oplossen, kan zijn 'geleerd', doordat de ouder als kind bijvoorbeeld vaak voor zichzelf heeft moeten zorgen. Het signaal van de baby kan in de interactie een positieve of negatieve representatie van de ouder oproepen. Dat heeft invloed op de (ervaren stress in de) interactie.

Als een baby huilt omdat hij honger heeft, kan dit de representatie bij de ouder oproepen dat die 'nodig en verantwoordelijk is voor de baby'. Die representatie kan gepaard gaan met trots, plezier en erkenning voor de rol van de primair verzorgende ouder. Dan is het appel van de baby bij de ouder gekoppeld aan een 'angel'. Het huilen kan echter ook angst oproepen, dat de ouder niet in staat is de baby in leven te kunnen houden omdat het (borst)voeden niet lukt, waardoor de herinneringen van mislukking vanuit de eigen kindertijd worden opgeroepen (de 'ghost's). Een ouder kan geïrriteerd raken doordat door het huilen bijvoorbeeld een representatie van 'een veeleisend kind' oproept, waardoor de ouder zich net zo onderworpen voelt, zonder controle of invloed op het appèl door het huilen van het eigen kind, als toen de ouder zelf een kind was en geen of een afwijzende reactie kreeg van diens eigen ouder op het appèl voor aandacht of voeding. De representaties over hetzelfde gedrag of emotie van de baby (huilen) en de reactie van de ouder hierop kunnen dus verschillen per ouder, maar ook per ontwikkelingsfase of zelfs per moment op de dag.

What you see is what you get?

De ontwikkeling en uiting van gedrag en emoties van het jonge kind ontstaan binnen de relatie met de belangrijke gehechtheidsfiguren. Dat is de reden dat de kwaliteit van de relationele context een belangrijke factor is in de analyse van problemen in de ontwikkeling bij het jonge kind. Zoals beschreven kan de relationele context een verklaring bieden voor het ontstaan of in stand houden van regulatieproblemen. De relationele context wordt ook meegenomen in het bepalen van de geschikte 'port of entry'^{12,13}: de insteek van de passende interventie bij het gezin, waardoor er wordt aangesloten bij de hulpvraag maar dat tegelijkertijd de kans wordt vergroot op een structureel positief effect vanwege de verandering in de relationele context van het kind en de ouder.

*De **Port of entry** bepaalt de focus van de behandeling. Hierbij kan gedacht worden aan het veranderen van de representaties van de ouders, het veranderen van de observeerbare interacties tussen ouders en kind, het veranderen van de omgeving en op latere leeftijd het veranderen van het gedrag van het kind. De keuze voor een bepaalde toegangspoort is afhankelijk van de voorkeur van ouders, van de beschikbaarheid van specifieke hulp, van de urgentie van de problemen en van de cultuur.*

Behandeling van dezelfde regulatieproblemen van de baby kan dus bestaan uit verschillende interventies, afhankelijk van de analyse van de factoren die een rol spelen. De behandeling kan bestaan uit het behandelen van de ouder, als uit de analyse blijkt dat de representatie van de ouder bepalend is bij het ontstaan, verergeren en/of in stand houden van deze problemen. De behandeling kan ook bestaan uit een geprotocolleerde interventie gericht op de problemen van de baby, als uit de analyse dat de beste insteek blijkt. In sommige gevallen is het noodzakelijk om te intervenieren op omgevingsfactoren, om de ervaren stress bij ouders te verlagen en zo hun (emotionele) beschikbaarheid te vergroten, waardoor de spanning in de relatie en daarmee regulatieproblemen van het kind kunnen verminderen.

Welke interventies er ook passend zijn binnen de IMH behandeling, het bevorderen van het mentaliserend vermogen van ouders is altijd een overkoepelend belangrijk doel. Hoe beter ouders in staat zijn zich te verplaatsen in de beleving van hun baby én zich ook bewust zijn van (de invloed van) hun eigen beleving op de relatie, hoe beter het hen lukt om op structurele basis en toekomstbestendig de spanning op de relatie te verminderen en de emotionele veiligheid te bevorderen ook in mindere tijden, zodat het van structurele invloed kan zijn op het herstel en de gezonde fysieke en emotionele ontwikkeling van het jonge kind.

Er zijn diverse behandelmethodieken die zich specifiek richten op het bevorderen van het mentaliseren bij ouders. Binnen het IMH diagnostiek- en behandeltraject worden ouders als vanzelf meegenomen in het mentaliseren, om zo bewuster te zijn van hun eigen belevingswereld, die van hun kind en de invloed die er daardoor in de relatie is op elkaars gedrag en beleving (van emotie).

Tijdens het diagnostiektraject wordt een opname gemaakt van de ouder-kind interactie, zodat in het adviesgesprek aan ouders kan worden teruggekoppeld hoe zij afgestemd of soms minder handig reageren in de interactie op hun kind en wat hierin een rol kan spelen. Hoewel een opname altijd spannend is voor ouders (en soms de kinderen), is het een waardevol middel om ouders in staat te stellen de interactie met hun kind vanaf de buitenkant te kunnen zien. De video feedback en de visuele ondersteuning die dit geeft, maakt het de diagnosticus (en behandelaar) makkelijker te onderbouwen welke factoren in de interactie kunnen veroorzaken dat een kind kan ontregelen, omdat het aan te wijzen is in de beelden. De adviezen die de afstemming in de interactie kunnen bevorderen, kunnen dan ook beter aansluiten bij de eigen waarneming van de ouder. Deze video feedback wordt om die reden ook gebruikt in diverse IMH-behandelingen.

Materiaal over IMH

- [The science of early childhood development](#)
- [Guide to the science of early childhood development](#)
- [Developmental Science of Early Childhood \(Claudia M. Gold\)](#)
- [Understanding Childhood](#)
- [Wat het brein vergeet, onthoudt het lichaam](#) (VKJP, 2018)
- [De eerste 1000 dagen](#) (Pharos)
- [Sensitief werken](#) (Pharos)

Verwijzingen:

1. Infant Mental Health: baby's met psychische problemen? *Van stoornisgericht naar relationeel en ontwikkelingsgericht* Lucie van den Eertwegh & Yael Meijer Psyxpert, jaargang 7, nr 1 maart 2021.
2. ZERO TO THREE: National Center for Infants, Toddlers and Families 2016. Vertaling: DC:0-5 Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen in de baby en vroege kindertijd. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2019. https://www.nvo.nl/bestanden/2015/Dossier-Overig/Manifest-1001-kritieke-dagen/5420-1/1001kritiekedagen_juni2015.pdf
4. Rexwinkel M, Schmeets M, Pannevis C, Derkx B. Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling. Assen: Van Gorcum; 2011.
5. Zeanah Ch H (Jr). Handbook of Infant Mental Health. 4th Edition. New York: Guilford Publications; 2018.
6. Spitz RA. The first year of life. A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. New York: International Universities Press; 1965.
7. Rexwinkel M, **Vliegen N**. Algemene en specifieke aspecten van ouder-baby-behandeling. In MJ Rexwinkel, M, Schmeets M, Pannevis C, Derkx B(Red.). *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Van Gorcum; 2011: p314-338.
8. Verheugt-Pleiter A, Rexwinkel M. Het belang van reflectief ouderschap. GZ-psychologie 2012; 7: 16-25.
9. <https://www.risicofactorenouderkindrelatie.nl/risicofactoren>
10. Papousek M, von Hofacker N. Persistent crying in early infancy: A non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. Child Care Health Dev 1998; 24(5):395-424.
11. Vreeswijk CMJM, Maas AJBM, van Bakel HJA. Het Working model of the Child Interview. Een instrument om met ouders te praten over het beeld dat zij van hun kind en de relatie met hun hebben. Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk 2012; 51(3): 134-145.
12. Stern DN. The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-infant Psychotherapy. New York: Basic Books; 1995.
13. Beebe B. Mother infant research informs mother infant treatment. Clinical Social Work Journal 2010; 38(1): 7-42.