

JGZ richtlijn Ouder-kindrelatie

Colofon

Autorisatie: 25 januari 2021, inhoudelijk door de AJN, V&VN vakgroep jeugd en NVDA;
randvoorwaardelijk door ActiZ en GGD GHOR Nederland

Publicatiedatum: maart 2021

Richtlijnontwikkelaar: TNO

Auteurs: Marianne de Wolff en Caren Lanting

De ontwikkeling van deze richtlijn is gefinancierd door ZonMw.

INHOUD

Inleiding	3
Leeswijzer	4
Thema 1: Introductie ouder-kindrelatie	5
Begrippen	6
Ouder	6
Kind/jeugdige	7
Ouder-kind relatie	7
Intern werkmodel	8
Sensitiviteit	9
Mentaliseren	9
Opvoedingsstijl	10
Normale ontwikkeling	11
Ontwikkelingsfasen	11
Prenataal	11
Eerste uren na de geboorte	12
Eerste levensjaar	12
Tweede levensjaar	13
Twee tot vier jaar	13
Basisschoolleeftijd	14
Adolescentie	14
Opgroeien bij een niet-biologische ouder	15
Continuüm van veilig naar onveilig	16
Veilige gehechtheidsrelatie	17
Onveilige gehechtheidsrelatie	17
Verstoorde of problematische ouder-kindrelatie	18
Referenties	18
Thema 2: Signaleren	23
Beschermende en belemmerende factoren	31
Kenmerken en gedrag van de ouder	31
Gezins- en leefomstandigheden	34
Kenmerken van de jeugdige	34
Instrumenten	35
Observeren	38
Het Van Wiechenonderzoek als basis voor gesprek over - en observatie van de ouder-kindrelatie	40

Bespreken	40
Thema 3: Begeleiden en verwijzen	48
Effectieve JGZ interventies	50
Video-feedback	51
Opvoedondersteuning	51
Geïndiceerde programma's met een brede focus	51
Goed onderbouwde initiatieven	52
Practice-based initiatieven voor kinderen tot 12 jaar	53
Verwijzen voor meer intensieve hulp	54
Referenties	54
Thema 4: Samenwerken	57
Overwegingen	57
Het belang van samenwerken	57
Betrokkenen	58
(Para)medische zorg	58
Hulpverlening	58
Onderwijs en kinderopvang	59
Informeel zorg	60
Uitwisseling van informatie en gegevens	60
Totstandkoming	61
Afbakening	61
Werkwijze	62
Participatie van ouders en jeugdigen	63
Verantwoording	64
Systematische zoekacties	64
Graderen van bewijs	66
Van bewijs naar aanbevelingen	67
Kennislacunes	67
Belangenverstremeling	67

Inleiding

De ouder-kindrelatie vormt de basis voor de ontwikkeling van een kind. Vroege signalering van verstoringen in de relatie is belangrijk aangezien deze verstoringen kunnen leiden tot gedragsproblemen en in ernstige gevallen tot persoonlijkheidsproblematiek bij het kind. Jeugdgezondheidszorg (JGZ) professionals verkeren bij uitstek in de positie om de ouder-kindrelatie vroegtijdig ter sprake te brengen, mogelijke verstoringen te signaleren en ouders te ondersteunen in hun ouderrol. Maar de ouder-kindrelatie is ook een gevoelig thema. Het vraagt veel deskundigheid om de ouder-kindrelatie op een passende wijze bespreekbaar te maken.

Deze richtlijn geeft handvatten voor het handelen van JGZ professionals tijdens contacten met jeugdigen van minus negen maanden tot achttien jaar oud en hun ouders. JGZ professionals zijn jeugdartsen, verpleegkundig specialisten, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten.

Deze richtlijn is gebaseerd op een knelpuntenanalyse onder JGZ professionals en andere deskundigen, uitgevoerd door de Argumentenfabriek in 2017. Deelnemers aan deze knelpuntenanalyse hebben de uitgangsvragen opgesteld die in deze richtlijn worden beantwoord.

Een projectgroep van TNO schreef de richtlijn, samen met JGZ professionals, ouders en andere experts (zie verder onderdeel 'Totstandkoming richtlijn'). TNO is een onafhankelijk kennisinstituut. Voor de ontwikkeling van de richtlijn is op systematische wijze bestaande kennis verzameld, die in deze richtlijn wordt beschreven.

Deze richtlijn sluit onder andere aan bij:

- Het NJi dossier "[Wat werkt bij jeugdigen met een problematische gehechtheid?](#)" (2018)
- De richtlijn "[Problematische Gehechtheid](#)" voor jeugdhulp en jeugdbescherming (de Wolff et al. 2014)
- De JGZ richtlijnen "[Gezonde slaap en slaapproblemen](#)" (2017), "[Psychosociale Problemen](#)" (2014), "[Opvoedingsondersteuning](#)" (2013) en "[Kinder mishandeling](#)" (2016).

De Richtlijn Advies Commissie (RAC) heeft de richtlijn "Ouder-kindrelatie" op 25 januari 2021 geautoriseerd voor gebruik in de JGZ. De RAC heeft bij haar beoordeling rekening gehouden met de inhoud van de richtlijn (wetenschappelijke onderbouwing en opzet) en de voor implementatie vereiste randvoorwaarden. Voorafgaand aan de autorisatie vond een praktijktest plaats op basis waarvan de richtlijn is bijgesteld en aanbevelingen voor implementatie zijn opgesteld.

Voor de JGZ richtlijn 'Ouder-kindrelatie' is de standaard herzieningstermijn van vijf jaar van toepassing.

Leeswijzer

De richtlijn beschrijft in [Thema 1](#) hoe de ouder-kindrelatie zich doorgaans ontwikkelt. Tevens wordt beschreven wat de gevolgen kunnen zijn van een verstoorde ouder-kindrelatie en hoe dat tot uiting kan komen. De informatie in dit thema omvat de achtergrondkennis die nodig is voor het gebruik van deze richtlijn.

[Thema 2](#) heeft als onderwerp het volgen en signaleren van belemmeringen in de ouder-kindrelaties en van mogelijk verstoorde ouder-kindrelaties. De focus in Thema 2 is preventief: Hoe kunnen JGZ professionals (aanstaande) ouders helpen een goede band met hun kind op te bouwen? Beschermende en belemmerende factoren voor de ontwikkeling van de ouder-kindrelatie worden beschreven. Ook komen signaleringsinstrumenten, gespreksmodellen en materialen aan bod waarmee verstoringen in de ouder-kindrelatie gesignaleerd en bespreekbaar gemaakt kunnen worden.

Bijlagen bij Thema 2:

- [Overzicht van instrumenten die risico- en beschermende factoren in kaart brengen](#)
- [Overzicht van instrumenten die betrekking hebben op de ouder-kind relatie](#)
- [Informatiekaart](#) "Signaleren en ondersteunen ouder-kind relatie"
- [Scoreformulier LSVG](#) (Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag; incl. toelichting)

In [Thema 3](#) staat het handelen van de JGZ professional centraal: Wat kan de JGZ professional zelf doen bij problemen in de ouder-kindrelatie en wanneer is meer intensieve zorg nodig? In dit thema wordt ook een overzicht gegeven van de beschikbare (voorjaar 2020) (effectieve) interventies die door JGZ professionals ingezet kunnen worden om de ouder-kindrelatie te verstevigen.

Bijlagen bij Thema 3:

- [Overzicht interventies binnen de JGZ](#)
- [Overzicht interventies buiten de JGZ](#)

In [Thema 4](#) staat samenwerken centraal. Een overzicht wordt gegeven van professionals, organisaties, hulpverleners en vrijwilligers die betrokken kunnen zijn bij de signalering, begeleiding, diagnostisering en behandeling rond het thema ouder-kindrelatie. Ook wordt ingegaan op de uitwisseling van informatie en gegevens

Thema 1: Introductie ouder-kindrelatie

In dit thema wordt achtergrondinformatie gegeven voor het gebruik van deze richtlijn. De kernpunten van Thema 1 staan hieronder.

Kernpunten “Introductie ouder-kindrelatie”

- 1) Een gezonde ouder-kindrelatie verschaft de jeugdige doorgaans fysieke en emotionele veiligheid en geborgenheid: de ouder fungeert in de relatie als veilige basis van waaruit het kind de omgeving kan verkennen en waarop het altijd kan terugvallen. Kenmerkend voor een veilige relatie is het vertrouwen tussen ouder en kind.
- 2) Bepalend voor het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie is (met inachtneming van kind- en omgevingskenmerken) het vermogen van de ouder om sensitief te reageren op signalen en behoeften van het kind en het vermogen om te mentaliseren. ‘*Sensitief reageren*’ betekent het herkennen van de signalen van het kind en er dan tijdig en adequaat op reageren. ‘*Mentaliseren*’ is het op een gepaste en coherente manier onderkennen wat er in het kind omgaat. Het hardop verwoorden wat een kind ervaart, is geen voorwaarde voor mentaliseren; maar door woorden te geven aan de gevoelens van het kind, laat een ouder of professional zien dat hij/zij mentaliseert.
- 3) Vanaf de leeftijd van ongeveer 1 jaar wordt het stellen van grenzen - naast het sensitief reageren en het mentaliseren - belangrijk voor een veilige gehechtheidsrelatie. Een *autoritatieve opvoedingsstijl* wordt gekenmerkt door een hoge mate van sensitief reageren en mentaliseren en het tegelijk op een positieve manier stellen van duidelijke regels en grenzen. Dit draagt bij aan het ontwikkelen van gezonde zelfregulatie door het kind en een veilige gehechtheidsrelatie.
- 4) De mate van veiligheid die een jeugdige ontleent aan de ouder-kindrelatie is een continuüm dat loopt van veilig tot onveilig. Ankerpunten in dit continuüm¹ zijn:
 - a) Een *veilige ouder-kindrelatie*: de jeugdige heeft vertrouwen in zichzelf en de ouder, het contact tussen ouder en jeugdige verloopt soepel en plezierig.
 - b) Een meer *onveilige ouder-kindrelatie*: de jeugdige ervaart meer onzekerheid ten opzichte van zichzelf en zijn/haar ouder(s). De jeugdige staat mogelijk minder stevig in zijn/haar schoenen, heeft minder zelfvertrouwen, en is minder sociaal vaardig. Op jonge leeftijd kan het kind erg aanhankelijk overkomen of juist afstandelijk. Het lukt de ouder niet goed om het kind te kalmeren of troosten en conflicten en onenigheden worden niet goed opgelost. Een meer onveilige relatie kan, wanneer ouders hieraan toe zijn, met tips en adviezen en eventueel begeleiding van ouders bijgestuurd worden.

¹ Een *reactieve hechtingsstoornis* is een psychiatrische stoornis waarbij sprake is van een afwezige of ernstig verstoorde hechting tussen de jeugdige en zijn/haar ouder(s). De stoornis maakt geen deel uit van het continuüm. Allerlei omstandigheden hebben het ontstaan van een gehechtheid bemoeilijkt of onmogelijk gemaakt. Vaak liggen er trauma's bij de jeugdige en/of de ouder(s) aan ten grondslag. Daardoor heeft het kind weinig vertrouwen in mensen, waardoor het geen veiligheid ervaart in het contact met mensen in de omgeving. Relaties met andere mensen blijven vaak oppervlakkig. De stoornis komt alleen in extreme situaties van verwaarlozing, mishandeling of frequente wisseling van verzorgers voor, en kan niet verklaard worden door een ontwikkelingsachterstand van het kind.

c) Een *problematische/ verstoorde gehechtheidsrelatie*: de jeugdige is zeer onzeker over de emotionele beschikbaarheid van de ouder(s), heeft weinig inzicht in zijn/haar eigen emoties en het kost hem/haar meer moeite om de eigen emoties te beheersen. Jeugdigen met ernstige gehechtheidsproblemen laten vaak gedragsproblemen zien of zijn extreem geremd. Er zijn problemen in de emotieregulatie en soms ook in de executieve functies, zoals plannen, organiseren, focussen.

Waar een jeugdige zich in dit continuüm precies bevindt, is de resultante van de wisselwerking tussen kenmerken en gedrag van de ouder(s), de jeugdige zelf en zijn/haar directe omgeving (het gezin, familie) en is alleen betrouwbaar vast te stellen in een gestandaardiseerde, diagnostische observatieprocedure die buiten het domein van de JGZ valt.

Begrippen

Ouder

In deze richtlijn wordt veelvuldig het woord 'ouder' (of ouders) gebruikt. Dat is meestal de biologische ouder, maar het kan ook een stief-, adoptie-, pleeg- of gezinshuis ouder, een grootouder of een andere opvoeder zijn. De essentie is dat het om een vertrouwd persoon gaat, die regelmatig interactie heeft met het kind.

Voor professionals die met ouders te maken hebben is het belangrijk dat ze zich bewust zijn van belangrijke specifieke kenmerken van het ouderschap. Wat maakt ouderschap bijzonder?

- Ouder ben je voor het leven, ook als het kind allang volwassen is
- Iedere ouder maakt een ontwikkeling door in zijn/haar rol als ouder: iedere fase van het ouderschap vraagt om een andere invulling
- Ouderschap is een onderdeel van je identiteit: het heeft te maken met wie je bent als persoon: hoe je zelf bent opgevoed, je temperament, je ideeën, waarden, normen en je verwachtingen over je kind en de opvoeding.

In het [themadossier van het NCJ over ouderschap](#) worden drie componenten van ouderschap onderscheiden:

- Het *welzijn* van de ouder. Wanneer ouders zich prettig voelen in hun rol als ouders komt dat de interactie tussen ouder en kind en tussen ouders onderling ten goede.
- Het *vertrouwen dat een ouder in zichzelf heeft als opvoeder*. Alle ouders ervaren momenten van onzekerheid en hebben behoefte aan positieve bevestiging.
- De manier waarop de ouder het *ouderschap beleeft*. Dit wordt door veel factoren bepaald: het persoonlijk functioneren, hoe je zelf opgevoed bent, de invloed van het ouderschap op de partnerrelatie, sociale contacten, kindfactoren en sociaaleconomische omstandigheden. Een positieve ouderschapsbeleving draagt bij aan de veilige en gezonde ontwikkeling van kinderen.

In de ouderschapstheorie van Alice van der Pas (2003; 2005; 2007; 2008) worden drie belangrijke uitgangspunten beschreven die van belang zijn voor de samenwerkingsrelatie met ouders:

1. *'Ouders willen het beste voor hun kind'*. Als professional kun je ervan uitgaan dat alle ouders het beste willen voor hun kind, ook al blijkt dat niet altijd direct uit hun gedrag. Wanneer ouders het gevoel krijgen dat professionals dit uitgangspunt in twijfel trekken, wordt de samenwerkingsrelatie met ouders bedreigd.
2. *'Ouderschap maakt kwetsbaar'*. Omdat ouderschap sterk verweven is met de identiteit van een persoon, is het bespreken van ouderschap en opvoeding per definitie gevoelig. Een respectvolle, positieve en belangstellende benadering van ouders is daarom van belang.
3. *'Ouders zijn eindverantwoordelijk'*. De professional loopt een stukje mee in het proces dat ouder en kind doormaken. De professional staat naast de ouder en helpt – indien nodig – de ouder om grip op de situatie (terug) te krijgen, maar de ouder blijft de eindverantwoordelijke.

Kind/jeugdige

Hieronder wordt een persoon in de leeftijd van minus negen maanden tot achttien jaar verstaan.

Ouder-kind relatie

Een relatie kan worden omschreven als een verhouding of verband tussen twee of meer personen.

De *ouder-kind relatie* is een unieke relatie omdat deze in principe levenslang is, onverbreekbaar en er altijd sprake is van loyaliteit van het kind naar zijn/haar ouders. Het kind is (zichtbaar en onzichtbaar) trouw of loyaal aan zijn/haar ouders.

Een *gehechtheidsrelatie* omschrijven we in deze richtlijn als de emotionele band tussen een kind en zijn/haar ouder. Het opbouwen van een gehechtheidsrelatie wordt beschouwd als een ontwikkelingsopdracht in het eerste levensjaar (Sroufe et al. 2005). Elk kind raakt gehecht aan één of meer belangrijke personen tijdens zijn/haar eerste levensjaar. Zelfs in een problematische opvoedingsomgeving hecht een kind zich aan de beschikbare ouder, al zal de kwaliteit van de relatie dan niet optimaal zijn (Juffer, 2010). Een gehechtheidsrelatie geeft het kind de mogelijkheid om zijn/haar emoties en spanning te reguleren en om de sociale en fysieke omgeving breder te gaan verkennen.

De gehechtheidsrelatie is onderdeel van de ouder-kind relatie. De ouder-kind relatie omvat namelijk meer: ook de wijze waarop ouders vorm geven aan het ouderschap, hun identiteit als ouder, hun ideeën en verwachtingen over de opvoeding en hun kind maken deel uit van de ouder-kind relatie. Wanneer we spreken over de ouder-kind relatie is het daarom van belang om – naast de ontwikkeling die het kind doormaakt – ook oog te hebben voor het perspectief van de ouder.

Jonge kinderen hebben een aangeboren neiging om steun te zoeken bij iemand die sterker is, die het kind kan beschermen en helpen (Bowlby, 1988). De ouder beschermt het kind tegen gevaren en stressoren, en zorgt ervoor dat het kind in de beschermende aanwezigheid van de ouder ervaringen kan opdoen (exploreren) zodat het zich verder kan ontwikkelen. Anders gezegd: de ouder fungeert enerzijds als *veilige basis* van waaruit de omgeving verkend wordt, anderzijds is de ouder een *veilige haven*, waarnaar het kind terug kan keren bij stress. In een veilige gehechtheidsrelatie is er een evenwicht tussen de veilige haven en de veilige thuisbasis: als het kind zich op zijn gemak voelt gaat het de omgeving verkennen, maar zodra het kind stress ervaart of bang is zal het meteen toenadering zoeken bij de ouder. In [figuur 1: Cirkel van veiligheid](#) worden beide functies van de gehechtheidsfiguur in beeld gebracht.

Kenmerkend voor een veilige ouder-kindrelatie is het vertrouwen tussen ouder en kind. Dat vertrouwen ontstaat doordat het kind in talloze alledaagse, sensitieve interacties een gevoel van veiligheid ervaart in relatie tot de ouder. Een gezonde ouder-kindrelatie verschaft de jeugdige emotionele veiligheid: als de jeugdige zich veilig voelt, kan hij/zij de wereld rondom verkennen. Maar bij stress, angst of pijn weet de jeugdige dat hij/zij altijd terug kan vallen op de ouder. Het kind komt door de sensitieve reactie van de ouder niet alleen emotioneel, maar ook fysiek weer in balans; de stress verdwijnt en het kind kan weer ontspannen. Een kind dat veilig gehecht is aan de ouder heeft voldoende vertrouwen in zichzelf en in de ouder. Dat vertrouwen legt een basis voor de verdere sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind.



Figuur 1. De cirkel van veiligheid. Copyright Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R.S. & Powell, B. (2002) (vertaald door Schuengel, C.)

Intern werkmodel

De basis van een gehechtheidsrelatie wordt gevormd door het 'intern werkmodel' van een persoon (Bretherton & Munholland, 2008). Dit is een cognitief model waar verwachtingen over anderen en over zichzelf opgeslagen liggen. Deze verwachtingen zijn gebaseerd op opgedane ervaringen. In geval van een veilige gehechtheidsrelatie bouwt iemand een beeld op van beschikbaarheid en hulpvaardigheid van anderen, terwijl bij een onveilige gehechtheidsrelatie eerder ontoegankelijkheid, wantrouwen of afwijzing leidend zijn. Het intern werkmodel stuurt de interpretatie en gedrag in sociale relaties. Vanaf de leeftijd van een jaar heeft een kind een werkmodel opgebouwd. Op basis van nieuwe, actuele ervaringen wordt het werkmodel bijgesteld, zowel in positieve als in negatieve richting; in die zin is het een dynamisch model (Zevalkink, 2007).

Ook bij volwassenen kan de kwaliteit van het intern werkmodel van gehechtheid vastgesteld worden, door middel van een interview over de jeugdervaringen. Volwassenen met een autonoom, veilig werkmodel zijn over het algemeen in staat om op een coherente manier over hun jeugdervaringen te vertellen, en kunnen ook reflecteren op die ervaringen. Volwassenen met een meer onveilig werkmodel vermijden om tijdens het interview in te gaan op negatieve gehechtheidservaringen die ze eerder normaliseren of zelfs idealiseren. Het kan ook dat ze nog steeds boos zijn over hun ervaringen in de kindertijd, wat aangeeft dat ze het verleden nog niet verwerkt hebben.

Er zijn redelijke samenhangen gevonden tussen het intern werkmodel van de ouder en de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie van het kind, met de sterkste samenhang bij de veilig gehechte ouders (Verhage et al., 2016). Dit geeft aan dat ouders hun werkmodel van gehechtheid overdragen op hun kind (intergenerationele overdracht). Verondersteld wordt dat die overdracht van ouder naar kind plaatsvindt via sensitief gedrag en het vermogen om te mentaliseren.

Sensitiviteit

Sensitiviteit (ook wel aangeduid als 'responsiviteit' of 'sensitieve responsiviteit') kan omschreven worden als het vermogen van de ouder om de signalen en behoeften van een kind correct te interpreteren en daarop snel en adequaat te reageren (Ainsworth et al., 1978). Dit veronderstelt dat de ouder de signalen van het kind waarneemt en - omdat hij/zij het kind kent - weet wat er aan de hand is en vervolgens snel en passend reageert.

Sensitief reageren betekent niet dat een kind altijd zijn/haar zin krijgt. Wel zal een sensitieve opvoeder doorgaans zien en verwoorden wat het kind denkt, voelt of wil, en dan uitleg geven waarom iets wel of niet kan. Kortom, sensitief reageren houdt in dat een ouder...

- signalen en behoeften bij het (jonge) kind waarneemt en benoemt
- zich kan inleven in het kind
- signalen van het kind doorgaans correct interpreteert
- snel en passend reageert op signalen (dat betekent niet dat het kind altijd zijn/haar zin krijgt)

Met het toenemen van de leeftijd worden de signalen die het kind geeft steeds duidelijker, in toenemende mate worden de eigen behoeften en wensen verwoord. Dan wordt ook de tweede dimensie van het opvoedgedrag (het liefdevol stellen van duidelijke regels en grenzen) belangrijker. Omdat een gehechtheidsrelatie in het eerste levensjaar opgebouwd wordt, ligt het accent in de wetenschappelijke literatuur over gehechtheidsrelaties op sensitief reageren en mentaliseren als belangrijke determinanten voor het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie. Bij het opgroeien (in principe tot de leeftijd van 18 jaar) komt daar het stellen van grenzen bij, mits dit op een sensitieve wijze gebeurt.

Gehechtheidsrelaties zijn universeel: in alle landen en alle culturen hechten kinderen zich aan hun ouders en andere belangrijke opvoeders. Ook blijkt steeds dat een goede gehechtheidsrelatie in positieve zin bijdraagt aan de ontwikkeling van de taal-, cognitieve en sociaal-emotionele vaardigheden van kinderen (Mesman et al. 2012; Prevoo et al., 2017; Washington et al. 2015). Culturele verschillen spelen wel een rol in de manier waarop sensitieve interactie tussen ouder en kind plaatsvindt, bijvoorbeeld vooral met taal, met aanraking of via gebaren (TamisLeMonda et al., 2012).

Mentaliseren

Een belangrijke voorwaarde om een veilige gehechtheidsrelatie op te kunnen bouwen is het vermogen van de ouder om te 'mentaliseren', ofwel het vermogen om na te denken over de eigen innerlijke wereld en die van anderen (Muller & Ten Kate, 2008). Wanneer de ouder op een gepaste manier de gevoelens van het kind aanvoelt, benoemt en in het juiste perspectief zet, neemt de intensiteit van heftige gevoelens af (Zeegers 2017). Zo helpt de ouder het kind om zijn/haar emoties beter te reguleren. Hardop verwoorden wat een kind op dat moment voelt en ervaart, is overigens geen voorwaarde om te kunnen mentaliseren, maar door woorden te geven aan de gevoelens van het kind, laat een ouder of een professional wel zien dat hij/zij mentaliseert.

Zeegers (2017) onderscheidt drie componenten aan het mentaliserend vermogen van ouders: 1) 'mind-mindedness', ofwel het vermogen om het kind te zien als een individu met eigen wensen en behoeften; 2) reflectief functioneren, dit is het vermogen van de ouder om te kunnen reflecteren op zichzelf en anderen; en 3) inzicht ('insightness'), dat we omschrijven als het correct kunnen aanvoelen van de innerlijke gevoelens, wensen en behoeften van het kind, en ervoor zorgen dat het jonge kind niet overspoeld raakt door zijn/haar eigen emoties.

Mentaliseren veronderstelt kortom dat de ouder af kan stemmen op de innerlijke wereld van het kind, de gevoelens en de gedachten van het kind ziet en (h)erkent, en daar in zijn/haar gedrag rekening mee houdt. Bijvoorbeeld: een vader leest een boekje met zijn peuter, en het kind laat tekenen van enthousiasme zien. De vader zegt "Jij vindt dit een heel leuk boekje", dan is duidelijk dat deze vader passend mentaliseert. Niet in alle gevallen voelt de ouder de mentale toestand van het kind correct aan. Bijvoorbeeld: een peuter huult, de ouder tilt het op terwijl het zich verzet tegen oppakken, en de ouder zegt "Jij bent moe". Hiermee mentaliseert de ouder op een niet-passende manier. Een passendere reactie zou zijn: "Ik denk dat je moe bent. Zullen we eens kijken of je wilt slapen?". In een normale interactie tussen ouder en kind, vinden voortdurend dit soort 'mismatches' plaats, die de ouder vervolgens repareert. In het bovengenoemde voorbeeld kan de ouder de mismatch repareren door te zeggen: "je wilt niet opgetild worden, er is iets anders aan de hand. Je voelt je niet fijn", en het kind weer terugzetten en tegelijk beschikbaar zijn om het kind te steunen. In een gezonde interactie is de ouder in 30% van de alledaagse situaties in staat om goed af te stemmen op hun kind, en vinden in de overige 70% achteraf 'reparaties' plaats (Tronick et al., 1989; Tronick & Beeghly, 2011; Gianino & Tronick, 2013). Deze ervaringen zijn nodig voor de ontwikkeling van gezonde regulatiepatronen: het kind leert zijn primaire behoeften, gedrag en gevoelens te reguleren met hulp van de ouder (Rexwinkel, Schmeets, & Pannevis, 2011).

Voor een gezonde ontwikkeling van een kind is het niet nodig om een perfecte ouder te zijn. Dat streven naar perfectie ondermijnt juist de opvoedvaardigheden van ouders. De term '*goed genoeg ouderschap*' is afkomstig van de Engelse kinderarts en psychoanalyticus Winnicott (1965). De 'good enough parent' kan prima de behoeften van haar/zijn kind aanvoelen en daarop reageren. Winnicott definieerde 'goed genoeg ouderschap' als een stabiele, zorgzame en liefdevolle benadering van het kind, waardoor het zich goed ontwikkelt. Goed genoeg ouderschap wordt tegenwoordig gedefinieerd als "ouderschap dat jeugdigen voldoende ondersteunt in hun ontwikkeling, volgens bestaande culturele standaarden die kunnen veranderen van generatie tot generatie" (de Vries et al, 2005).

Opvoedingsstijl

Iedere ouder voedt op zijn/haar eigen manier op, maar er zijn toch enkele opvoedingsstijlen te herkennen. Baumrind (1991) onderscheidt twee basisdimensies van opvoedingsgedrag: sensitieve betrokkenheid ('warmte') en het stellen van regels ('controle'). Door deze dimensies te combineren ontstaan er vier opvoedingsstijlen waarbij de autoritatieve stijl zich kenmerkt door veel sensitiviteit en een duidelijke controle, ook wel aangeduid als 'liefdevol begrenzen'. De andere opvoedingsstijlen kunnen omschreven worden als 'permissief' (veel sensitiviteit, weinig controle); autoritair (weinig sensitiviteit en veel controle), en verwaarlozend (weinig sensitiviteit en weinig controle). Ouders met een autoritatieve opvoedingsstijl geven duidelijk en liefdevol leiding aan hun kind, waarbij ze oog hebben voor de behoeften van hun kind en betrokken zijn bij hun kind. Een autoritatieve opvoedingsstijl draagt bij aan het ontwikkelen van gezonde zelfregulatie door het kind en een veilige

gehechtheidsrelatie, en krijgen kinderen de meeste kansen om goede 'levensvaardigheden' te ontwikkelen (Blokland, 2010).

Normale ontwikkeling

Jonge kinderen laten in hun gedrag doorgaans zien dat ze gehecht zijn aan de ouder. Het kind zoekt nabijheid, troost en bescherming bij de ouder als het bang, moe of verdrietig is. Bij toenemende leeftijd van het kind verandert dat gehechtheidsgedrag: het kind raakt niet direct van streek als de ouder uit beeld is en het heeft niet altijd meer de fysieke nabijheid van de ouder nodig. Het kind kan zichzelf geruststellen, doordat het van de ouder vaak deze geruststelling heeft ontvangen. Ook voor oudere kinderen geldt dat de ouder de voornaamste bron van emotionele en sociale steun is.

Ontwikkelingsfasen

Hieronder wordt de ontwikkeling van de ouder-kindrelatie per leeftijdsfase toegelicht.

Prenataal

Voor (aanstaande) ouders zijn zwangerschap en geboorte vaak een periode van ingrijpende fysieke, psychische en sociale veranderingen. De wijze waarop ouders erin slagen zich aan te passen aan alle veranderingen heeft indirect invloed op de ontwikkeling van hun kind en de toekomstige ouder-kind relatie. Tijdens de zwangerschap ervaren veel vrouwen tegenstrijdige gevoelens (Leifer, 1977; Nelson, 2003), emotionele disbalans en zijn ze extra prikkelbaar (De Boer et al., 2008; Jomeen, 2004). Vrouwen die voldoende steun ervaren, over voldoende informatie beschikken en hun zwangerschap als gewenst zien, passen zich beter aan, zijn minder bezorgd, en letten meer op een gezonde leefstijl in vergelijking met vrouwen die onvoldoende steun ervaren, over weinig informatie beschikken, en ongewenst zwanger zijn (Seefat- van Teefelen, 2005). Ook de mate waarin een zwangere stress ervaart is van invloed op de gezondheid van zowel moeder als kind (Van den Bergh, 2005).

In de prenatale periode heeft de moeder de hoofdrol, maar ook vaders worden in deze periode geconfronteerd met uitdagingen (Rollè et al., 2020). Ook van vaders wordt verwacht dat ze een emotioneel betrokken ouder zijn, doorgaans gaan de vaders meer tijd besteden aan huishoudelijk werk en ervaren ze een grotere verantwoordelijkheid voor hun gezin. In de meeste gevallen kunnen vaders (en moeders) zich goed aanpassen aan alle veranderingen.

Verondersteld wordt dat de ouder-kindrelatie begint op het moment dat ouders weten dat zij een kind verwachten (DiPietro 2010). Van Bakel et al. (2013) definiëren deze beginnende relatie als 'prenatale gehechtheid': de band die de aanstaande ouder ervaart met het nog ongebooren kind tijdens de zwangerschap. Bij de term 'prenatale gehechtheid' gaat het vooral om de houding van de ouder ten opzichte van het nog ongebooren kind (Walsh, 2010). Naarmate de zwangerschap vordert wordt de band tussen ouder en ongebooren kind sterker (de Cock et al. 2016; van Bussel et al. 2010). Diverse studies hebben aangetoond dat de mate van prenatale gehechtheid in positieve zin samenhangt met de kwaliteit van de ouder-kindrelatie in de eerste levensjaren (Siddiqui en Hägglöf, 2000; Huth-Bocks et al., 2004; Brandon, 2009). Er worden ook samenhangen gevonden tussen prenatale gehechtheid en sensitief opvoedgedrag: moeders die een sterkere prenatale band ervaren, laten als hun kind vijftien maanden oud is, sensitiever gedrag zien dan moeders die een minder sterke band ervaarden (Alvarenga et al., 2013; Maas et al., 2016).

De belangrijkste factor voor het ontwikkelen van een goede band met het kind is de mate waarin de aanstaande ouders zélf een veilig intern werkmodel hebben. Dat wil zeggen: in hoeverre de ouder zelf een beschikbare opvoeder heeft gehad, bepaalt in hoeverre de ouder openstaat voor signalen

van het kind en in hoeverre hij/zij kan mentaliseren. Zowel bij vaders als bij moeders is aangetoond dat ouders met een veilig intern werkmodel meer sensitief opvoedgedrag vertonen (Hall et al., 2014; 2020).

Eerste uren na de geboorte

Omdat geboorte stressvol is, is huid-op-huidcontact tijdens de eerste uren daarna belangrijk om de baby te helpen om zich te reguleren. Direct na de geboorte is de baby vaak een poosje heel alert. Dit is een goed moment voor een eerste kennismaking met zijn/haar ouders. Professionals spreken in dit verband ook wel van het gouden uur ofwel het *'sacred hour'*: het kind ervaart de veiligheid van de lijfelijke aanwezigheid van de moeder/vader en de geborgenheid van het gekoesterd worden. Zo ontstaat de eerste sensitief-responsieve interactie tussen ouder en kind.

Er zijn diverse klinische studies waarin voordelen van vroeg huid-op-huid contact voor zowel de moeder als de baby worden gevonden, waaronder een kortere duur van de uitdrijvingsfase, minder bloedverlies bij de moeder en een betere thermoregulatie door het kind (Widström 2019). Ook zijn er positieve samenhangen gevonden met het vaker beginnen en het langer doorgaan met borstvoeding (Moore 2016). Eén Russische studie gaat over de effecten van vroeg huid-op-huidcontact op de moeder-kind interactie (Bystrova 2009). De onderzoekers vonden een verhoogde moederlijke sensitiviteit bij kinderen die direct na de geboorte huid-op-huidcontact hadden ervaren, vergeleken met kinderen die meteen na de geboorte van hun moeder werden gescheiden. Ook de mate van zelfregulatie door de baby en het aantal wederkerige interacties op leeftijd van één jaar was hoger in de groep met vroeg huid-op-huidcontact.

De samenhang tussen het geven van borstvoeding en de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is gecompliceerd en onderzoeksresultaten geven een wisselend beeld. Zo concluderen Linde et al. (2020) op grond van een systematisch review van de literatuur dat er enig bewijs is dat borstvoeding bijdraagt aan de gehechtheidsrelatie, maar dat die relatie vooral wordt gemedieerd door het intern werkmodel van de moeder. Moeders met een veilig intern werkmodel lijken bovendien vaker voor borstvoeding te kiezen. Peñacoba en Catala (2019) voerden in ook een systematisch review van de literatuur uit, maar konden door de grote variatie in uitkomstmaten van de betrokken studies geen duidelijke conclusies trekken over de samenhang tussen borstvoeding en de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie.

Eerste levensjaar

De gehechtheidsrelatie tussen het kind en de ouder komt tot stand op basis van allerlei dagelijkse interacties (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1982). De baby kan oogcontact maken, heeft de mogelijkheid om alert te zijn en te reageren op het menselijk gelaat en op stemgeluiden en kan door huilen, gelaatsuitdrukkingen en bewegingen laten merken dat hij/zij ongemak ervaart of hongerig is of contact wil. De ouder reageert op huilen en lachen, praat tegen het kind, vertelt wat hij/zij gaat doen, praat bij het in bad doen, verschonen en aankleden en probeert aan te sluiten bij het kind. Vooral de manier waarop de ouder zijn reacties afstemt op de signalen van de jeugdige is bepalend voor de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie (de Wolff & IJzendoorn, 1997). Ouders die sensitief en voorspelbaar reageren op signalen van het jonge kind, verschaffen hun kind een gevoel van veiligheid en geborgenheid. Het jonge kind ontwikkelt zo vertrouwen in de ouder en in zichzelf (Ainsworth et al., 1978; Belsky & Fearon, 2008).

In de periode tussen twee en zeven maanden maakt het kind onderscheid tussen verschillende verzorgers, maar geeft het geen blijk van een sterke voorkeur voor een bepaalde volwassene. Het kind is op zijn gemak bij bekende en bij onbekende volwassenen en is sterk gemotiveerd om initiatief te nemen tot interactie met al die volwassenen.

Tussen de zes en negen maanden begint het kind te beseffen dat het niet één is met zijn ouders (en in het bijzonder zijn/haar moeder). Het begrijpt dus ook dat de ouder hem kan verlaten. Daarnaast is het steeds beter in staat om te denken in beelden (zoals het beeld van de moeder), ook als dit beeld op dat moment niet zichtbaar is (*object permanentie*). Vanaf ongeveer negen maanden kan de fase van de specifieke gehechtheid beginnen, ook wel de fase van '*eenkennigheid*' genoemd. Dit hoort bij de normale ontwikkeling.

Rond de eerste verjaardag is goed zichtbaar dat het kind een specifieke gehechtheidsrelatie heeft opgebouwd. Als het kind zich bezeert, bang is of spanning ervaart, zal het doorgaans de fysieke nabijheid van de ouder zoeken door naar hem of haar toe te kruipen of te lopen en de armen naar de ouder uit te strekken. Als het kind zich op zijn gemak voelt, dan gaat het de omgeving verkennen in spel.

Het kind bouwt bepaalde verwachtingen op ten aanzien van zijn ouders en andere belangrijke personen. Deze verwachtingen (bijvoorbeeld: als ik verdrietig ben, kan ik bij papa of mama terecht) sturen het gedrag van het kind. Deze verwachtingen (het 'intern werkmodel') hebben niet alleen betrekking op de ouder, maar ook op het kind zelf en op andere kinderen. Het kind ervaart in het contact dat het 'er mag zijn', dat er oog is voor wat hij kan en durft, dat het wordt geaccepteerd en gewaardeerd. Een kind met een veilige relatie met zijn ouders ontwikkelt zodoende ook een gezond zelfvertrouwen.

Onderzoek laat zien dat de relatie met de ene ouder correspondeert met de relatie met de andere ouder: kinderen die bijvoorbeeld veilig gehecht zijn aan hun moeder, zijn dat veelal vaak ook aan hun vader (Fox, Kimmerly & Schaffer, 1991). In sommige gevallen is er wel sprake van een duidelijk verschil, bijvoorbeeld wanneer één van de ouders door psychische kwetsbaarheid (tijdelijk) onvoldoende emotioneel beschikbaar is voor een kind. Wanneer de andere ouder wel op het kind kan afstemmen en zowel fysiek als emotioneel beschikbaar is, vormt dat een beschermende factor in de ontwikkeling van het kind.

Tweede levensjaar

Aan het einde van het eerste levensjaar zijn kinderen doorgaans gehecht aan hun belangrijkste opvoeders. De periode daarna, tussen twaalf maanden en twee jaar, wordt gekenschetst als de fase van de *specifieke gehechtheid*. Gedurende deze fase kan een kind flink van streek raken als de ouder onverwachts uit beeld verdwijnt, en laat het zich niet gemakkelijk troosten door een onbekende. Doorgaans is het kind gehecht aan meerdere personen die een stabiele rol spelen in zijn/haar leven, zoals grootouders of een pedagogisch medewerker in de kinderopvang. Zo ontstaat een gehechtheidsnetwerk met bijvoorbeeld moeder, vader, pedagogisch medewerker, grootouders en andere opvoeders (van IJendoorn, 2008). Dat netwerk is hiërarchisch opgebouwd: de relatie met de ouders is doorgaans de belangrijkste relatie. Geschat wordt dat het maximum aantal volwassenen aan wie jonge kinderen zich kunnen hechten ongeveer zes is (Juffer, 2010). Het is in deze fase heel normaal wanneer een kind zich vastklampt aan de ouder, of dat het bang is dat de ouder niet terugkomt als hij of zij even weggaat.

Twee tot vier jaar

Rond de leeftijd van twee jaar hebben kinderen grote cognitieve ontwikkelingen doorgemaakt: het kind ontdekt dat hij/zij een eigen individu is, ontwikkelt een eigen wil en gaat opgelegde grenzen verkennen. In de periode tussen twee en drie jaar raakt een kind niet meer zo van streek wanneer hij/zij van de ouder wordt gescheiden, al laat het kind wel een duidelijke voorkeur zien en is een kind doorgaans terughoudender naar onbekenden. Een kind zoekt in stressvolle situaties nog wel de nabijheid van de ouder op en bij het verkennen van iets nieuws zoekt een kind doorgaans oogcontact en de bevestiging van de ouder.

Vanaf een jaar of drie worden kinderen zich meer bewust van de gevoelens van anderen en leren ze zich in te leven in de ander. In deze periode wordt het stellen van grenzen en regels steeds belangrijker: dit geeft het kind houvast en zo leert het zijn/haar emoties onder controle te houden.

Basisschoolleeftijd

De basisschoolperiode (van de leeftijd van ongeveer vier jaar tot ongeveer twaalf jaar) kenmerkt zich door de groeiende sociaal-cognitieve vaardigheden van het kind: het kind wordt steeds autonomer en kan zijn/haar dagelijkse activiteiten zelfstandig uitvoeren. De ouder blijft echter de voornaamste bron van emotionele en sociale ondersteuning die de jeugdige nodig heeft om zich te kunnen ontwikkelen (Dillen et al., 2007).

Als de jeugdige veilig gehecht is aan de ouder, is dat te zien aan het contact tussen de ouder en het kind: dat contact verloopt doorgaans soepel. Een basisschoolkind laat zich redelijk aansturen door de ouder (al kan dat veranderen als het kind richting de puberteit gaat), vindt het prettig om geknuffeld te worden, laat zich troosten als hij/zij zich pijn heeft gedaan en laat de ouder merken als hij/zij boos of verdrietig is. Basisschoolkinderen met een goede band met hun ouder(s) hebben doorgaans voldoende zelfvertrouwen.

Het zelfvertrouwen van een kind wordt, naast de ouder-kind relatie, door meerdere factoren bepaald. Met name jongens kunnen zich in de basisschoolleeftijd erg impulsief, beweeglijk en druk gedragen (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). Door hun drukke gedrag krijgen ze negatieve reacties van leeftijdsgenoten, wat een kind onzeker kan maken over zichzelf. Andere kinderen zijn juist erg afwachtend, waardoor ze minder makkelijk contact maken met leeftijdsgenoten. Dit beïnvloedt ook het zelfvertrouwen. Het zelfvertrouwen kan ook onder druk komen te staan als een kind merkt dat het op school of in bepaalde schoolvakken moeilijk mee kan komen. Er kan zich faalangst ontwikkelen, wat ook van invloed is op het algehele zelfbeeld. Een veilige ouder-kindrelatie kan wel een bufferende werking hebben op problematische relaties met leeftijdsgenoten.

Kinderen die een goede band hebben met hun ouders kunnen doorgaans adequaat omgaan met hun gevoelens omdat ze weten dat ze bij hen terecht kunnen met hun boosheid, verdriet etc. De situatie waarin een jeugdige zich bevindt, speelt uiteraard mee: het kan zijn dat een basisschoolkind zozeer overweldigd is door zijn/haar emoties, dat het hiermee niet kan omgaan. Kinderen met een veilige relatie met hun ouders zullen in dergelijke situaties contact zoeken met hun ouders. Kinderen die een goede band hebben met hun ouders, hebben doorgaans hun executieve functies goed ontwikkeld: er is sprake van voldoende impulsbeheersing, concentratie, flexibiliteit in denken en de vaardigheid om prioriteiten te stellen.

Adolescentie

Een belangrijke taak in de adolescentie (van de leeftijd van ongeveer twaalf jaar tot ongeveer achttien jaar) is de ontwikkeling van autonomie. Jeugdigen groeien toe naar zelfstandigheid en gaan zich losmaken van hun ouders. Adolescenten gaan steeds meer dingen als persoonlijke beslissing zien, in plaats van als iets waar ouders iets over te zeggen hebben. Bovendien besteden adolescenten meer tijd buitenshuis of buiten het gezichtsveld van hun ouders, waardoor ouders minder vanzelfsprekend op de hoogte zijn van de vrijetijdsbesteding van hun kinderen (Larson et al., 1996; Steinberg et al., 1991).

De ouder-kindrelatie verandert in de periode tussen twaalf en zestien jaar: warmte en steun in de relatie nemen doorgaans af en het aantal conflicten dat gepaard gaat met negatieve emoties, boosheid of stemverheffingen neemt juist toe (De Goede et al., 2009). Deze conflicten kunnen spanningen veroorzaken, maar dragen wel bij aan de reorganisatie van de ouder-kindrelatie naar een meer volwassen, gelijkwaardige relatie (De Goede et al., 2009; Furman & Buhrmester, 1992; Laursen, 1995; Pinquart & Silbereisen, 2002). De toename in conflicten is doorgaans tijdelijk van aard. In de periode tussen zestien jaar en twintig jaar stabiliseert de warmte in de relatie en daalt het aantal heftige conflicten. De relatie is nu meer gelijkwaardig.

Lange tijd werd verondersteld dat ouders van adolescenten er goed aan doen het gedrag van hun zoon/dochter voldoende te monitoren, zodat ouders betrokken blijven en hun kinderen zich minder vaak bezighouden met delinquente activiteiten (bijv. Patterson & Stouthamer-Loeber, 1984). Recent is echter gebleken dat effectief monitoren niet zozeer gekenmerkt wordt door het actief controleren en stellen van regels, maar meer een indirect resultaat is van het onderhouden van een goede band en het tonen van interesse en betrokkenheid. Jongeren die weinig probleemgedrag laten zien, delen ook relatief veel informatie met hun ouders. Adolescenten die een goede band met hun ouders ervaren, vertellen meer over hun bezigheden, wat ouders de mogelijkheid geeft om enige invloed te hebben op het gedrag van hun zoon of dochter (Finkenauer, Engels, & Meeus, 2002).

Hoewel er met de leeftijd veel verandert in de interacties tussen ouders en kinderen, blijkt de kwaliteit van de ouder-kindrelatie stabiel te zijn in de tijd (Branje, 2012; Branje et al., 2009; 2011; 2018). Ouder-kindrelaties die in de kindertijd goed functioneerden, doen dat meestal ook in de adolescentie. Met name gezinnen waarin de ouder-kindrelatie in de kindertijd niet optimaal was, zullen meer problemen ervaren bij het aanpassen aan de veranderende ontwikkelingsbehoeften van adolescenten. De kans dat in deze gezinnen de ouder-kindrelatie in de adolescentie verslechtert, is aanwezig (zie bijvoorbeeld Laursen et al., 2010).

Opgroeien bij een niet-biologische ouder

Van oudsher worden familierelaties gebaseerd op genetische verwantschap en huwelijk, maar de afgelopen decennia hebben zich in de samenleving tal van vormen van verwantschap ontwikkeld die zich hieraan onttrekken. Denk bijvoorbeeld aan de toepassing van voortplantingstechnieken, aan adoptie en pleeggezinnen en aan samengestelde gezinnen. Het is niet aangetoond dat genetische verwantschap tussen ouders en jeugdigen van invloed is op de ouder-kindrelatie. Met een genetisch-verwante donornader die een jeugdige nog nooit heeft gezien, wordt bijvoorbeeld doorgaans geen enkele band ervaren. De band met een ouder is vooral gebaseerd op de onderlinge omgang, ofwel de interactie die zij hebben. Wel kunnen specifieke factoren afbreuk doen aan het vertrouwen van een jeugdige in de ouder en in zichzelf. Bij pleeg- en adoptiekinderen kan dat het

besef zijn dat de biologische ouder afstand heeft gedaan van hem/haar, dat de relatie met de ouder geen emotionele veiligheid verschaftte of dat er een gebrek was aan continuïteit in de zorg.

Onderzoek laat zien dat hoe jonger een kind is wanneer het aan de zorg van een niet-biologische ouder wordt toevertrouwd, hoe gunstiger het is voor de ontwikkeling van het kind vanuit het perspectief van gehechtheid. Het verbreken van de band die een jeugdige in het eerste levensjaar heeft opgebouwd met een ouder, kan veel impact hebben op de ontwikkeling van de jeugdige. Ook een voorgeschiedenis van mishandeling of verwaarlozing voorafgaand aan de plaatsing in het adoptie- of pleeggezin kan een negatief stempel drukken op het vertrouwen van het adoptie- of pleegkind in zijn verzorgers. Kinderen die ná hun eerste verjaardag geadopteerd zijn, blijken vaker een problematische gehechtheidsrelatie te ontwikkelen dan kinderen die vóór hun eerste verjaardag geadopteerd zijn (Van den Dries et al. 2009). Verondersteld wordt dat adoptie en pleegzorg na het eerste levensjaar leiden tot meer onveilige gehechtheid, omdat rond de eerste verjaardag het verwerven van basisvertrouwen de belangrijkste ontwikkelingsopgave is (Sroufe et al., 2005). Als in het eerste levensjaar het basisvertrouwen niet goed tot stand komt, kan dit problemen geven met gehechtheidsrelaties in het latere leven van het kind (van IJendoorn, 2008). Maar wanneer adoptie- of pleegouders een stabiele en veilige omgeving bieden, kan een kind toch een veilige gehechtheidsrelatie opbouwen met zijn/haar adoptie- of pleegouders (Finet et al., 2020; Palacios et al., 2019). Anderzijds blijft het opgroeien bij adoptieouders voor veel geadopteerde kinderen en jongeren complex: het besef afgestaan te zijn, en het feit dat er veelal weinig informatie beschikbaar is over de periode voor de adoptie roept verschillende gevoelens: boosheid, verdriet, wanhoop, het gevoel niet de moeite waard te zijn, schuldgevoelens, eenzaamheid, en het gevoel niet begrepen te worden. Veel jongeren – ook bijvoorbeeld kinderen van een anonieme donorvader – gaan vroeg of laat op zoek naar hun afkomst.

Pleegkinderen kunnen op verschillende ontwikkelingsgebieden tegelijkertijd problemen hebben die vaak al zijn ontstaan vóór de plaatsing in het pleeggezin, bijvoorbeeld door een voorgeschiedenis van verwaarlozing, mishandeling en/of (seksueel) misbruik. Veel pleegkinderen hebben een problematische gehechtheidsrelatie. Daarnaast komen posttraumatische stressstoornis, trauma, gedragsstoornissen, ADHD, depressie en middelenmisbruik voor. Zie verder [Jeugdhulp richtlijn pleegzorg](#)

Continuüm van veilig naar onveilig

Alle ouders willen een goede band opbouwen met hun kind. Of er zich een goede ouder kind-relatie kan ontwikkelen, hangt echter af van een ingewikkeld samenspel van belemmerende en beschermende factoren (zie [Thema 2](#)) en de omstandigheden waarin een kind opgroeit. Hierbij geldt dat, naarmate er meer belemmerende factoren aanwezig zijn, er ook meer beschermende factoren aanwezig moeten zijn wil de relatie zich goed genoeg kunnen ontwikkelen. Met andere woorden, de ervaren draaglast en draagkracht moeten in balans zijn. Een verfijning van dit denken is het 'buffermodel' van Alice van der Pas (van der Pas 2003; 2005; 2007). De buffers vormen het veerkrachtsysteem van ouders. Het gaat om factoren die bijdragen aan de groei of het stagneren van het ouderschap, zoals een ondersteunend sociaal netwerk van ouders, de mogelijkheid om te praten en te reflecteren over opvoeding, en 'goede ouder'-ervaringen. Een 'goede ouder'-ervaring is de ervaring dat je als ouder ertoe doet voor je kind en dat je invloed hebt op je kind.

De resultante van de wisselwerking tussen kenmerken en gedrag van de ouder(s), de jeugdige zelf en zijn/haar directe omgeving (het gezin, familie), ofwel de mate van veiligheid en geborgenheid of het

vertrouwen in de ouder-kindrelatie, vormt een continuüm dat loopt van een veilig naar onveilig. Ankerpunten in dit continuüm worden hieronder beschreven. Waar een jeugdige zich in dit continuüm precies bevindt, is alleen betrouwbaar vast te stellen in een gestandaardiseerde, diagnostische observatieprocedure die buiten het domein van de JGZ valt.

Veilige gehechtheidsrelatie

Naar schatting zestig tot zeventig procent van alle thuiswonende jeugdigen in de leeftijd van één tot twaalf jaar bouwt een veilige gehechtheidsrelatie met zijn/haar ouders op (van IJzendoorn & Juffer, 2006; van Den Dries et al, 2009). Onderzoek laat zien dat jeugdigen met een veilige ouder-kindrelatie betere sociaal-emotionele uitkomsten hebben dan jeugdigen met een onveilige band (Gezondheidsraad, 2018; Groh et al., 2014; 2017). Jeugdigen met een veilige relatie hebben ook betere sociale vaardigheden (Schneider et al., 2001) en er zijn positieve effecten gevonden op cognitieve en taalvaardigheden (Murray & Yingling 2000; O'Connor & McCartney 2007).

Onveilige gehechtheidsrelatie

Vijftien tot vijftwintig procent van alle gezonde, thuiswonende jeugdigen tussen één en twaalf jaar heeft echter een gehechtheidsrelatie waarbij de balans meer naar de onveilige kant uitvalt. Deze groep verkeert in een iets minder gunstige uitgangspositie wat betreft hun sociaal-emotionele ontwikkeling. Jeugdigen die meer onveilig gehecht zijn aan hun ouders staan doorgaans iets minder stevig in hun schoenen, hebben minder zelfvertrouwen en zijn iets minder sociaal.

Kinderen die onveilig gehecht zijn, hebben minder vertrouwen in de emotionele beschikbaarheid van hun verzorger. Deze kinderen hebben een strategie ontwikkeld om met deze onzekerheid om te gaan. Deze strategie komt tot uiting in verschillende typen onveilige gehechtheid: ambivalent en vermijgend. Bij jonge kinderen in de peuterleeftijd kunnen deze patronen al zichtbaar zijn. In een door Basic Trust ontwikkelde [infosheet](#) worden deze verschillende patronen nader toegelicht met behulp van alledaagse voorbeelden uit het leven van kinderen van twee tot vijf jaar.

- *Ambivalent gehechte kinderen* zijn in stressvolle situaties erg gericht op de ouder en zijn moeilijk te troosten. Ze zoeken heel veel contact met de ouder omdat ze uit eerdere ervaringen weten dat er heel wisselend gereageerd wordt op hun verdriet. Ze zetten al hun emoties in om zich te verzekeren van de nabijheid van de ouder. Het ambivalente blijkt uit het feit dat deze kinderen zich enerzijds aan de ouder vastklampen en anderzijds hun woede en teleurstelling laten merken door afwerend, boos gedrag richting de ouder.
- *Vermijgend gehechte kinderen* zijn vooral gericht op het exploreren met speelgoed en lijken weinig geruststelling nodig te hebben van hun ouders in een spannende situatie. Zowel bij de ouder als het kind zie je een eenzijdige nadruk op exploratie, zelfstandigheid en autonomie. Als het kind stress ervaart, laat het jonge kind dat niet merken aan de ouder maar richt het de aandacht op speelgoed. Deze strategie gebruiken vermijgend gehechte kinderen omdat hun ervaring is dat de ouder niet beschikbaar is als ze hem/haar nodig hebben. Ze hebben zichzelf min of meer 'aangeleerd' dat toenadering zoeken geen zin heeft.

Een meer onveilige gehechtheidsrelatie moet alleen niet gezien worden als iets 'pathologisch', veeleer als een variatie binnen de normale bandbreedte. Het gros van de jeugdigen met een onveilige gehechtheidsrelatie wordt volwassen zonder dat hulp van buitenaf nodig is. Een onveilige gehechtheidsrelatie kan in de eerste levensjaren bovendien met tips, adviezen en door begeleiding goed bijgestuurd worden, bijvoorbeeld door de ouders te ondersteunen in het sensitief reageren (zie

verder [Thema 3](#). Over het algemeen geldt wel dat, hoe jonger het kind, des te gemakkelijker de relatie bijgesteld kan worden (Bowlby 1988; Waters & Cummings, 2000; Van IJzendoorn, 2008).

Verstoorde of problematische ouder-kindrelatie

Voor naar schatting vijftien procent van de jeugdigen is de relatie met hun ouders zo problematisch, dat hun ontwikkeling mogelijk bedreigd wordt door de gehechtheidsproblemen (Main & Solomon, 1990; van IJzendoorn, 2010; Fearon et al., 2010; Groh et al., 2012; 2017). Deze meer ernstige gehechtheidsproblemen worden ook wel aangeduid als een verstoorde, gedesorganiseerde of een problematische ouder-kindrelatie. Bij deze jeugdigen overheerst wantrouwen in de ouder: de ouder-kindrelatie biedt geen emotionele veiligheid. Op jonge leeftijd heeft het kind regelmatig ervaren dat zijn of haar stress *niet* gereguleerd werd door de ouder. Hierdoor bleef het kind veel stress ervaren – wat schadelijk is – en heeft het niet geleerd om de eigen emoties te reguleren. Deze jeugdigen zijn onzeker over de emotionele beschikbaarheid van anderen, hebben minder inzicht in hun eigen emoties en het kost hen meer moeite om hun eigen emoties te beheersen. Ze hebben bovendien vaak een laag zelfbeeld en veel moeite om zich in anderen te verplaatsen, en laten zich gemakkelijk overweldigen door hun eigen emoties.

Een verstoorde of gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie komt veel vaker voor bij kinderen die mishandeld, verwaarloosd of blootgesteld zijn aan huiselijk geweld (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2010). Deze kinderen ervaren stress en angst waar ze geen oplossing voor hebben (Main & Solomon, 1990): zij zijn bang voor hun ouder, die tegelijk de enige volwassene is bij wie zij nabijheid en troost kunnen zoeken. Ook ouder-kind relaties belast met onverwerkt trauma van de ouders, raken vaker verstoord. Dat wil zeggen: kinderen van wie de ouders een onverwerkt trauma hebben meegemaakt, ontwikkelen vaker een gedesorganiseerde vorm van gehechtheid (Lyons-Ruth, 1996).

Onderzoek heeft aangetoond dat specifieke oudergedragingen een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. De meta-analyse van Madigan et al (2006) laat zien dat het gaat om beangstigend, angstig of extreem insensitief gedrag van ouders, zoals een kind geen troost of veiligheid bieden, een aanvalshouding aannemen, een harde stem, het kind uitlachen of plagen als een kind van slag is, affectie of bevestiging vragen van het kind (rolomkering), op onvoorspelbare momenten afwezig zijn, zich terugtrekken uit contact op het moment dat het kind toenadering zoekt, tegenstrijdige signalen afgeven en dreigen.

Jeugdigen met ernstige gehechtheidsproblemen zijn meer kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychische en gedragsproblemen (Bateman & Fonagy, 2012). In twee meta-analyses zijn zwakke tot matige verbanden gevonden tussen een onveilige ouder-kindrelatie en internaliserende problemen, zoals angst en piekeren (Colonnesi et al. 2011; Groh et al. 2014). Een andere meta-analyse (Fearon et al., 2010) laat zien dat een onveilige gehechtheidsrelatie ook samengaat met externaliserende gedragsproblemen, vooral bij jongens.

Referenties

1. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
2. Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Lordelo, E. D. R., Alfaya, C. A. D. S., & Piccinini, C. A. (2013). Predictors of sensitivity in mothers of 8-month-old infants. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 23(56), 311-320.

3. Bakel, H. J. A. van, Maas, A. J.B.M., Vreeswijk, C.M. J.M., & Vingerhoets, A. J. J.M. (2013). Pictorial representation of attachment: measuring the parent-fetus relationship in expectant mothers and fathers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *138*, 1–9. doi:10.1186/1471-2393-13-138.
4. Bakel, H.J.A. van & Hall, R.A.S. (2020). The Father-infant relationship beyond caregiving sensitivity, *Attachment & Human Development*, *22*:1, 27-31, DOI: 10.1080/14616734.2019.1589058
5. Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing.
6. Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. In R. M. Lerner, A. C. Petersen, & J. Brooks-Gun (Eds.), *The encyclopedia of adolescence* (pp. 746-758). New York, NY: Garland Publishing
7. Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (2000). Appendix B: The Emotional Availability Scales (derde editie). *Attachment & Human Development*, *2*, 256-270.
8. Blokland, G. (2010). *Over opvoeden gesproken: methodieboek pedagogisch adviseren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
9. Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
10. Brandon, A.R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, A., & Evans, H.M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, *23*(4), 201–222.
11. Branje, S. (2018). Development of parent–adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change. *Child Development Perspectives*, *12*(3), 171-176.
12. Branje, S. (2012). *De weg naar onafhankelijkheid: Ontwikkeling in relaties. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar op het gebied van de Socialisatie in de adolescentie: Een dynamische procesbenadering aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht*.
13. Branje, S., Keijsers, L., Van Doorn, M., & Meeus, W. (2011). Interpersonal and Intrapersonal Processes in Development of Relationships in Adolescence. In B. Laursen & W. A. Collins (Eds.), *Relationship pathways: From adolescence to young adulthood*. Thousand Oaks, CA: Sage.
14. Branje, S. J. T., van Doorn, M. D., van der Valk, I. E., & Meeus, W. H. J. (2009). Parent-adolescent conflict, conflict resolution, and adolescent adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *30*, 195-204.
15. Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 102–127). The Guilford Press.
16. Bussel, J. van, Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010). Childbirth expectations and experiences and associations with mothers' attitudes to pregnancy, the child and motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *28*(2), 143-160.
17. Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., ... & Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother–infant interaction one year later. *Birth*, *36*(2), 97-109.
18. Cock, E. S. de, Henrichs, J., Vreeswijk, C. M., Maas, A. J., Rijk, C. H., & van Bakel, H. J. (2016). Continuous feelings of love? The parental bond from pregnancy to toddlerhood. *Journal of Family Psychology*, *30*(1), 125.
19. Colonna, C., Wissink, I. B., Noom, M. J., Asscher, J. J., Hoeve, M., Stams, G. J. J. M., Polderman, N., & Kellaert-Knol, M. G. (2013). Basic Trust: An attachment-oriented intervention based on mind-mindedness in adoptive families. *Research on Social Work Practice*, *23*, 179-188.
20. Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, *22*, 87-108.
21. DiPietro, J. A. (2010). Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal fetal relationship. *Infant and Child Development*, *19*(1), 27–38. doi:10.1002/icd.651.
22. Dries, L. van den, Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, *31*, 410-421.

23. Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development, 81*, 435-456.
24. Finet, C., Waters, T., Vermeer, H.J., Juffer, F., Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Bosmans, G. (2020). Attachment development in children adopted from China: The role of pre-adoption care and sensitive adoptive parenting. *Attachment and Human Development*.
25. Finkenauer, C., Engels, R. C., & Meeus, W. (2002). Keeping secrets from parents: Advantages and disadvantages of secrecy in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(2), 123-136.
26. Fox, N. A., Kimmerly, N. L., & Schafer, W. D. (1991). Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child Development, 62*(1), 210-225.
27. Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development, 63*(1), 103-115.
28. Gianino, A. & Tronick, E.Z. (2013). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In: T. Field, P.M. Cabe, & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping across development*, (pp. 47-65). New York: Psychology Press.
29. de Goede, I. H., Branje, S. J., & Meeus, W. H. (2009). Developmental changes in adolescents' perceptions of relationships with their parents. *Journal of Youth and Adolescence, 38*(1), 75-88.
30. Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. M. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development, 83*, 591-610.
31. Groh, A. M., Fearon, R. P. Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Steele, R. D., & Roisman, G. I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: a meta-analytic study. *Attachment & Human Development, 16*(2), 103-136.
32. Groh, A. M., Fearon, R. M. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2017). Attachment in the Early Life Course: Meta-Analytic Evidence for Its Role in Socioemotional Development. *Child Development Perspectives, 11*(1), 70-76.
33. Hall, R. A. S., DeWaard, I. E. M., Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., Vingerhoets, A. J. J. M., & Van Bakel, H. J. A. (2014). From the father's point of view: How father's representations of the infant impact on father– Infant interaction and infant development. *Early Human Development, 90*, 877-883.
34. Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & Von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant–mother attachment. *Child Development, 75*(2), 480-496.
35. Jomeen, J. (2004). The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing, 8*(3-4), 143-155.
36. Juffer, F. (2010). Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties: Inzichten uit gehechtheidsonderzoek. Raad voor de rechtspraak, *Research memoranda*, nummer 6.
37. Lamb, M. E., Thompson, R. A., Gardner, W., & Charnov, E. L. (Eds.). (2013). *Infant-mother attachment: The origins and developmental significance of individual differences in strange situation behavior*. Routledge.
38. Larson, R. W., Richards, M. H., Moneta, G., Holmbeck, G., & Duckett, E. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology, 32*(4), 744.
39. Laursen, B. (1995). Conflict and social interaction in adolescent relationships. *Journal of Research on Adolescence, 5*(1), 55-70.
40. Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*.
41. Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M., & Kersting, A. (2020). The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery, 102*, 592.
42. Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 64.

43. Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8(2), 89-111.
44. Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention* (pp. 121-182). Chicago: The University of Chicago Press.
45. Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2012). Unequal in opportunity, equal in process: Parental sensitivity promotes positive child development in ethnic minority families. *Child Development Perspectives*, 6(3), 239-250.
46. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic Reviews*, (11).
47. Muller, N., & Kate, C. T. (2008). Mentaliseren bevorderende therapie in relaties en gezinnen. *Systeemtherapie-Tijdschrift voor Systeemtheoretische Psychotherapie*, (3), 117.
48. Murray, A. D. & Yingling, Y. L. (2000). Competence in language at 24 months: Relations with attachment security and home situation, *Journal of Genetic Psychology*, 16, 133-140.
49. Nelson, D. B., Grisso, J. A., Joffe, M. M., Brensinger, C., Shaw, L., & Datner, E. (2003). Does stress influence early pregnancy loss?. *Annals of Epidemiology*, 13(4), 223-229.
50. O'Connor, E. & McCartney, K. (2007), Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, p.458-476.
51. Palacios, J., Adroher, S., Brodzinsky, D.M., Grotevant, H.D., Johnson, D.E., Juffer, F., Martinez-Mora, L., Muhamedrahimov, R.J., Selwyn, J., Simmonds, J., & Tarren-Sweeney, M. (2019). Adoption in the service of child protection: An international interdisciplinary perspective. *Psychology, Public Policy, and Law*, 25(2), 57-72.
52. Pas, A. van der (2003). A serious case of neglect: the parental perspective of child rearing. Outline for a psychological theory of parenting. Delft: Eburon.
53. Pas, A. van der (2005). *Eert uw Vaders en uw Moeders*. Handboek Methodische Ouderbegeleiding 3, Amsterdam: SWP
54. Pas, A. van der (2007). *Theorie en praktijk ter discussie*. Handboek Methodische Ouderbegeleiding 7. Amsterdam: SWP.
55. Pas, A. van der (2008). *De interventiefase. Keuze en kansen*. Handboek Methodische Ouderbegeleiding 6, Amsterdam: SWP.
56. Patterson, G. R., & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 1299-1307.
57. Peñacoba, C., & Catala, P. (2019). Associations Between Breastfeeding and Mother–Infant Relationships: A Systematic Review. *Breastfeeding Medicine*, 14(9), 616-629. Pinqart, M., & Silbereisen, R. K. (2002). Changes in adolescents' and mothers' autonomy and connectedness in conflict discussions: An observation study. *Journal of Adolescence*, 25, 509-522.
58. Prevoo, M. J., & Tamis-LeMonda, C. S. (2018). Opvoeding en globalisering in westerse landen. *Kind en adolescent*, 39(2), 113-126.
59. Rexwinkel, M., Schmeets, M., & Pannevis, C. (2011). *Handboek Infant Mental Health: Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Van Gorcum.
60. Richters, M. M. & Volkmar, F. T. (1994). Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 328–332.
61. Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal attachment and perinatal depression: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2644.
62. Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M., & Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27(1), e122-e127.

63. Siddiqui A, Hägglöf B, Eisemann M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 67–74.
64. Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Negative correlates of part-time employment during adolescence: Replication and elaboration. *Developmental Psychology*, 27(2), 304.
65. Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. New York: Guilford.
66. Tamis-LeMonda, C. S., Baumwell, L., & Cristofaro, T. (2012). Parent–child conversations during play. *First Language*, 32(4), 413-438.
67. Tronick, E. Z. (1989). *Emotions and emotional communication in infants*. American psychologist, 44(2), 112.
68. Volkmar, F. (1997). Reactive attachment disorder. DSM-IV Sourcebook, 5. Waters, E. & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71, 164-172.
69. Van den Bergh, B. R., Mulder, E. J., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237-258.
70. van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2006). The Emanuel Milller Memorial Lecture. Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socioemotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1228 - 1245.
71. van IJzendoorn, M. H. (2008). *Opvoeding over de grens. Gehechtheid, trauma en veerkracht*. Amsterdam: Boom Academic.
72. van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe.
73. Verhage, M. L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R. M., Oosterman, M., Cassibba, R., ... & van IJzendoorn, M. H. (2016). Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological Bulletin*, 142(4), 337.
74. Vries, J. N. de, Willems, D. L., Isarin, J., & Reinders, J. S. (2005). *Samenspel van factoren. Inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: AMC/ UvA.
75. Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71(1), 164-172.
76. Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204.
77. Winnicott, D. W. (1965). The relationship of a mother to her baby at the beginning. *The family and Individual Development*, 16.
78. de Wolff, M. S., & Van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68(4), 571-591.
79. Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 275-303.
80. Zeegers, M. A., Colonesi, C., Stams, G. J. J., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant–parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245.
81. Zevalkink, J. (2007). De bril van nu: het inkleuren van het heden door ervaringen uit het verleden. In: J. Zevalkink & Q. van Dam (Red.), *Tegenwoordigheid van geest. Het actuele moment in een psychoanalytische behandeling*. Assen: Van Gorcum.

Thema 2: Signaleren

Of er zich een veilige ouder-kind-relatie kan ontwikkelen, hangt af van een ingewikkeld samenspel van belemmerende en beschermende factoren. Als de balans in de ouder-kindrelatie meer naar de onveilige kant doorslaat, kan deze met adviezen en begeleiding bijgestuurd worden. Over het algemeen geldt dat, hoe jonger het kind is, des te makkelijker de relatie bijgestuurd kan worden.

Aanbevelingen

1. Investeer in het kennismaken met de ouders. Neem daarvoor de tijd, en maak bespreekbaar dat je wilt samenwerken op basis van ieders rol en deskundigheid.
2. Benut in elk contactmoment de mogelijkheid om de ouder-kind relatie ter sprake te brengen, eventueel met behulp van de methodieken GIZ of SPARK. Speciale aandacht voor de ouder-kind relatie is nodig in de periode van prenatale voorlichting en beginnend ouderschap. Verder is in elke nieuwe fase van de ontwikkeling de ouder-kind relatie een aandachtspunt, om eventueel te bespreken met ouders of jongeren.
3. De JGZ professional vervult een voorbeeldfunctie wat betreft sensitief reageren en mentaliseren, bijvoorbeeld door het kind te begroeten, en als persoon in het consult neer te zetten. De professional kan de ouder op weg helpen met mentaliseren, bijvoorbeeld door vragen te stellen: *“Wat zou eraan de hand kunnen zijn, waar zou (naam kind) behoefte aan hebben denk je, wat voelt (naam kind)?”*. Let wel op dat sommige ouders dit te betuttelend vinden.
4. De JGZ professional geeft - als ouders daarvoor open staan - aan de hand van observaties en wat de ouder(s) vertellen voorlichting over de ontwikkeling van de ouder-kindrelatie in de verschillende leeftijdsfasen en tips en adviezen om de relatie te versterken (zie ook [Thema 1](#) en [Box 2.1](#)):
 - a. Kijk en luister goed naar je kind
 - b. Toon oprechte belangstelling
 - c. Benoem wat hij/zij met zijn gedrag laat zien en benoem zijn/haar emoties
 - d. Geef hem/haar je volle aandacht
 - e. Neem de tijd om gezamenlijke activiteiten te ondernemenVoor ouders met een laag opleidingsniveau, migratie- of vluchtelingenachtergrond is bij [Stichting Pharos](#) voorlichtingsmateriaal beschikbaar over ouderschap en gezond opgroeien.
5. In het gesprek met ouder(s) worden positieve zaken benadrukt en ligt de focus op samenwerking tussen de JGZ professional en de ouder. De professional heeft hierbij ook oog voor de problemen van de ouder(s), de gezins- en leefomstandigheden, de door de ouder(s) ervaren draagkracht/draaglast en hoe ze het ouderschap ervaren. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de methodiek ‘dialooggerichte’ of motiverende gespreksvoering (zie [JGZ richtlijn Opvoedondersteuning](#)) en de ouderschapstheorie van Alice van der Pas (<https://www.ncj.nl/themadossiers/ouderschap/krachtig-ouderschap/ouderschapstheorie/>).
6. De JGZ professional maakt op basis van het DD JGZ, eigen observaties, wat de ouder(s) zegt (zeggen) en de indruk die de ouder(s) maakt (maken) een inschatting over waar de

gehechtheidsrelatie zich bevindt op het continuüm van veilig naar onveilig. De JGZ professional onderscheidt daarbij signalen die kunnen wijzen op een veilige, een onveilige of een problematische gehechtheidsrelatie. Zie [Tabel 2.1](#) voor handvatten.

7. De JGZ professional maakt (mogelijke) signalen van verstoring bespreekbaar door aan te sluiten bij observaties en wat de ouder(s) vertelt (vertellen) (“*Het valt me op dat Tom erg zelfstandig overkomt voor zijn leeftijd; dat Sophie flink van streek is..., dat Naomi mij niet durft aan te kijken..., dat Rik geen zin heeft om mee te werken, dat u het erg moeilijk vindt als Sem huilt, etc.*”), zodat eventuele problemen gezamenlijk gesignaleerd kunnen worden. Bij de signalering is het belangrijk dat de professional de eigen observaties zo objectief mogelijk beschrijft, zonder waardeoordeel. Bij voorkeur wordt daarbij de gespreksleidraad (Zie [Tabel 2.3](#)) gebruikt waarbij de professional eerst de positieve punten in de ouder-kind interactie benoemt.
8. Als de ouder(s) en JGZ professional gezamenlijk inschatten dat sprake is van een probleem in de ouder-kindrelatie, dan zijn behulpzame instrumenten bij het bespreken:
 - a. De informatiekaart van Babykennis (tot circa 4 jaar; zie [Bijlage 2.3](#));
 - b. De [infosheet ‘Gehechtheidsrelaties’ van Basic Trust](#) waarin uitingsvormen van veilige, vermijdende, ambivalente en gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties worden beschreven;
 - c. Bij (vermoeden van) een problematische gehechtheidsrelatie (1 tot circa 5 jaar): de “Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag” (LSVG, zie [Bijlage 2.4](#)) of de ARI-CP (2-5) (zie <https://www.basictrust.com/vragenlijsten>). Bij oudere kinderen kan de AISI (6-12) ingezet worden.
9. Aanhoudende problemen met eten, slapen of huilen kunnen een indicatie zijn voor een kwetsbare ouder-kindrelatie en andersom, problemen met eten, slapen en huilen kunnen de ouder-kindrelatie ernstig belasten. Dat geldt ook bij jeugdigen (vanaf de leeftijd van ongeveer tien jaar) die probleemgedrag laten zien. In zo’n situatie is het raadzaam om ook de ouder-kindrelatie bespreekbaar te maken.
10. Termen als ‘gehechtheidsrelatie’, ‘hechtingsrelatie’ of ‘hechting’ kunnen in het gesprek en in de communicatie met ouders beter niet gebruikt worden omdat dit onbegrip of weerstand kan oproepen. Gebruik liever woorden zoals ‘band’, ‘contact’, of ‘basisvertrouwen’.

Box 2.1. Tips voor ouders om de band met hun kind te versterken (Aangepast overgenomen van: [Opvoedinformatie Nederland](#))

0-2 jaar

1. Kijk en luister goed naar je kind. Ga voor jezelf na wat je kind denkt, voelt, en wil. Zo leer je de signalen steeds beter te herkennen en kun je beter aansluiten bij wat je kind nodig heeft. Door te reageren op de signalen van je kind bouw je als vanzelf de band tussen ouder en kind. Dit betekent dat je:
 - reageert op het contact dat je kind zoekt;
 - zelf contact met je kind zoekt, bijvoorbeeld op momenten dat het kind zich verveelt;
 - je kind voedt als het honger heeft;

- het troost als het huilt;
- het wiegt en liefdevol aanraakt;
- speelt of zingt als je kind dat wil;
- laat merken dat je begrijpt wat je kind wil.

2. Reageer op je kind als hij/zij naar jou kijkt, als hij brabbelt of lacht, of op een andere manier je aandacht trekt. Dit hoeft niet altijd of altijd meteen. Probeer hierin af te stemmen op wat je kind prettig vindt en wat voor jou prettig en natuurlijk voelt als ouder.

3. Als je kind de blik wegdraait tijdens een spelletje, kan dat een teken van vermoeidheid zijn, of verminderde interesse bij het kind. Stem je gedrag daarop af, stop met het spelletje totdat hij/zij weer zelf de aandacht zoekt.

4. Contact maken met je kind kan al vanaf de eerste dag! Sluit met je handelingen aan bij de initiatieven die je kind neemt. Daarbij stimuleert het de ontwikkeling als jullie leren 'praten' zonder woorden. Je kunt aan het gezicht van je baby zien hoe hij zich voelt. Als hij zich niet lekker voelt, kromt hij zijn lijfje en trekt hij zijn beentjes op. Let op lichamelijke signalen bij het kind van blijdschap en ontspanning. Als hij ontspannen is, is zijn lichaam recht en zijn de handjes open.

5. Praat met je kind, ook al is het nog klein. Je kunt verwoorden wat je doet (aankleden, in bad doen, in bed leggen), maar je kunt het kind ook kalmerend toespreken als je het troost. Zo geef je letterlijk 'woorden' aan de emoties van het jonge kind en help je zijn/haar emoties te reguleren.

2-4 jaar

6. Een kind ontwikkelt zich razendsnel in deze leeftijdsfase. Ze leren praten, worden zindelijk en ze begrijpen steeds meer van de wereld om zich heen. Ook in deze fase is het ook nu belangrijk dat je sensitief blijft reageren op de behoeftes en signalen van je kind.

7. Lees regelmatig voor en/of bekijk samen een plaatjesboek. Ga daarbij in op de initiatieven van je kind en zijn/haar reacties op het boek, en praat samen over het verhaal, of laat je kind het navertellen.

8. In deze fase krijgt een eigen wil. Daardoor kun je te maken met koppigheid, driftbuien, niet luisteren, druk gedrag. Leg altijd rustig uit welk (gewenste) gedrag je verwacht van het kind. Je kind kan veel 'waaromvragen' stellen in deze leeftijdsfase. Geef altijd antwoord en uitleg op een korte, eenvoudige manier.

9. Kies een positieve insteek:

- vestig de aandacht van je kind op iets anders, als je kind om iets blijft vragen dat niet mag. Bijvoorbeeld: *'Zie je dat hondje?'*
- besteed aandacht aan een achterliggend gevoel en houd voet bij stuk. *'Ja, dat vind je niet leuk. Dat is niet fijn/je bent boos. Dat begrijp ik! (tijd nemen om dit te laten 'landen') En toch doen we het zo'.* Doordat het kind zich begrepen voelt kan het sneller

ook de grens accepteren.

- maak een grapje als je kind iets niet wil. Zo voorkom je een machtsstrijd.
- maak er een spelletje van. Bijvoorbeeld als je kind de beker niet leeg wil drinken: *'Wie heeft het eerst zijn beker leeg?'*
- zeg wat wel mag, bijvoorbeeld: *'Netjes eten, hoor!'* Dat is positiever dan: *'Niet knoeien.'*
- bied keuzes. Zeg bijvoorbeeld: *'Nu krijg je weer schone kleren aan. Wil je vandaag het rode of het gele shirt aan?'*

10. Kinderen kunnen in deze fase allerlei angsten hebben (voor onweer, voor het donker, voor een beest onder het bed). Neem de angsten van je kind serieus. Benoem de angst van je kind en geef een korte uitleg: *"Ik zie dat je schrikt. Wat een herrie! Een straaljager is een super snel vliegtuig. Hij vliegt zo hard dat je hem niet kunt zien alleen maar horen. Gek, hè?"*

11. Help je kind om zijn/haar eigen emoties te begrijpen door ze te benoemen en te erkennen. Op deze leeftijd hebben kinderen nog weinig controle over hun emoties en gedrag. Ze hebben jouw hulp hier nog bij nodig.

4-12 jaar

12. Bied het kind warmte, aandacht en aanmoediging! Geef je kind de volle aandacht. Voer kleine gesprekjes. Neem de tijd om samen dingen te doen. Door positief te reageren, zoals met een knuffel, een compliment (bijvoorbeeld op het gedrag) of een kleine beloning, moedig je je kind aan als het zich goed gedraagt. Kinderen voelen zich daardoor gewaardeerd en gezien en krijgen een positief zelfbeeld. Dat helpt hen om ook lastige dingen aan te pakken. Steun je kind door rekening te houden met wat het wil en geef het de kans om veel te ontdekken.

13. Neem de tijd om stil te staan bij gevoelens van je kind. Je kind heeft jou nodig om te ontdekken wat het voelt in situaties. Het heeft jou nodig om gevoelens als boosheid, angst en verdriet op een handige manier te leren uiten. Zo maak je verbinding met je kind. Je kind voelt zich begrepen en voelt zich veilig en geborgen bij je.

14. Regels geven je kind duidelijkheid en een veilig gevoel, ook al leidt dit tot protest bij het kind. Je geeft je kind houvast door leiding te geven. Het is belangrijk om op een liefdevolle manier consequent, voorspelbaar en duidelijk te zijn naar het kind. Dit bevestigt het vertrouwen bij het kind.

Vanaf 12 jaar

15. Ook al wordt het kind steeds zelfstandiger, steun van de ouders blijft zeker nodig. Moedig het bijvoorbeeld aan vrienden te maken, voor zichzelf op te komen en problemen op te lossen. Hierdoor voelt de jongere zich gewaardeerd, krijgt het zelfvertrouwen en een positief zelfbeeld.

16. Geef veel positieve aandacht. Laat zien dat je interesse hebt. Probeer bijvoorbeeld korte gesprekken aan te knopen in aansluiting op wat de jongere vertelt, sluit aan bij zijn/haar hobby's en activiteiten. Geef vaak complimenten. Daar krijgt de jongere een sterker zelfbeeld van.

17. Het lijkt alsof jongeren zich niet aan regels willen houden. Grenzen stellen blijft belangrijk, dit geeft houvast. Maar ga wel in gesprek hierover: welke regels spreken jullie af en waarom vinden jullie die regels belangrijk.

18. Laat de jongere zelf ervaringen opdoen en geef het de kans zelf problemen op te lossen. Vul niet alles in maar geef de jongere zelf ruimte om keuzes te maken en te leren. Wil je zoon bijvoorbeeld laat thuiskomen? Vraag hem dan hoe hij dat veilig kan doen. Een goede manier kan zijn om samen met vrienden naar huis te fietsen.

Tabel 2.1: Handvatten om ouder-kind interacties te interpreteren (vanuit het perspectief van gehechtheid). Hierbij is gebruik gemaakt van de Infosheet Uitingen van veilige en onveilige gehechtheidsrelaties tussen ouders en jonge kinderen (2 t/m 5 jaar) (Spruit, et al., 2018).

- Wanneer de ouder-kindrelatie **veilig** is, kan dat onder andere te zien zijn aan de volgende kenmerken (bij jonge kinderen tot circa 6 jaar):
 - het kind zoekt toenadering tot ouder bij stress
 - het kind accepteert troost van de ouder en kalmeert
 - het kind ontdekt op adequate wijze zijn omgeving: is nieuwsgierig en onderhoudt contact met ouder tijdens exploratie
 - ouder en kind zijn ontspannen in het contact met elkaar
 - er is sprake van spontaniteit, een natuurlijke flow en vertrouwde
 - er is sprake van gedeeld plezier
 - het kind geeft zijn emoties en behoeften aan bij de ouder
 - de ouder is in staat emoties van het kind te voelen, benoemen en te reguleren
 - de ouder reageert sensitief op het kind en stemt zijn/haar gedrag af op het kind
 - de ouder moedigt het kind aan te exploreren en zelfstandigheid te ontwikkelen

- De balans slaat meer door naar **onveilig** als ...
 - het kind zoekt bij stress geen toenadering bij de ouder of het zoekt wel toenadering bij de ouder, maar kalmeert niet
 - bij stress keert het kind in zichzelf en trekt zich terug; of het richt zich op object voor troost (knuffel/speen)
 - er is weinig gedeeld plezier tussen ouder en kind
 - het kind oogt overdreven zelfstandig of is juist te afhankelijk van de ouder (met het oog op de leeftijd)
 - de ouder reageert insensitief en is niet beschikbaar; of reageert de ene keer sensitief en dan weer geïrriteerd en afwijzend
 - de ouder is weinig invoelend, ziet niet dat kind stress heeft
 - de ouder reageert ongemakkelijk bij intimiteit, afwijzend
 - de ouder is overbezorgd, overbeschermend, en heeft moeite met loslaten
 - de ouder neemt weinig leiding in het contact met het kind: de ouder geeft onduidelijke, twijfelende signalen af en biedt weinig grenzen.

- Een **problematische ouder-kindrelatie** wordt vermoed als vrijwel alle bovenstaande kenmerken

gelden én als ...

- de interacties tussen ouder en kind staan bol van spanning: ouder en kind genieten niet van elkaar, en ouder laat een sterk wisselend gevoel of negatief gevoel over kind merken.
- het kind laat signalen van trauma zien in interactie met de ouder door extreem druk of impulsief, ontremd gedrag of waakzaamheid. Het kan ook zijn dat het kind uit het contact treedt en bevriest.
- het kind veel moeite heeft om zijn/haar eigen emoties te beheersen.
- de ouder is in zijn/haar gedrag naar het kind onvoorspelbaar, beangstigend en intrusief:
 - Er kan sprake zijn van agressie: kind uitlachen, afwijzen, bang maken, sarcasme, geen respect tonen voor de autonomie van het kind
 - De ouder straalt hulpeloosheid uit naar het kind: vraagt om toestemming of hulp op ongepaste momenten; de ouder biedt geen structuur.
 - De ouder sluit zich af voor het kind: dissociatie, depressie, of de ouder richt zich voornamelijk op middelengebruik of nieuwe partners.

Tabel 2.2: Beschermende en belemmerende factoren bij de ouder(s), de jeugdige en in de gezinsomstandigheden die een rol kunnen spelen in de ontwikkeling van de gehechtheidsrelatie tussen ouders en kinderen (aangepast overgenomen uit Detmar, 2018; ook is gebruik gemaakt van Visser, 2019; en <https://www.risicofactorenouderkindrelatie.nl/risicofactoren>). In dit overzicht zijn alleen factoren opgenomen waarvoor in de wetenschappelijke literatuur aanwijzingen zijn gevonden.

Beschermend:	Belemmerend:
OUDER(S)	
<ul style="list-style-type: none"> - Fysieke gezondheid - Mentale gezondheid - Gewenste zwangerschap - Ongecompliceerde zwangerschap en bevalling - Vertrouwen in de eigen kwaliteit als opvoeder - Afgeronde opleiding (Bijv. een afgeronde startkwalificatie): meer kans op werk en stabiel inkomen. - Positieve ervaringen vanuit de eigen voorgeschiedenis die het ouderschap positief beïnvloeden - Veilig intern werkmodel, waardoor de ouder openstaat voor signalen en kan mentaliseren - Warme, autoritatieve opvoedingsstijl - Kan samenwerken /gebruik maken van begeleiding 	<p>Zwangerschap en geboorte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ongewenste of ongeplande zwangerschap - Gecompliceerde zwangerschap en/of bevalling - Ongezonde leefstijl, middelenmisbruik bij de moeder gedurende de zwangerschap - Chronische angst / paniek bij de moeder / stress gedurende zwangerschap <p>Voorgeschiedenis en functioneren ouder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ernstige of chronische medische aandoening (doofblindheid)/ lichamelijke beperking - Stress - Psychische/psychiatrische klachten , zoals (postpartum) depressie, angst, of eetstoornissen - Licht verstandelijke beperking (LVB) of leerstoornis - Negatieve jeugdervaringen (ACE's) en trauma - Criminaliteit / jeugddelinquentie / in aanraking met justitie geweest / ouder was of is in detentie - (Overmatig) gebruik van verslavende middelen - Weinig vertrouwen in de eigen kwaliteit als opvoeder

	<ul style="list-style-type: none"> - De ouder staat minder open voor signalen van kind, en mentaliseert minder optimaal. - Harde, autoritaire of verwaarlozende opvoedingsstijl - Hulp mijndend
(GEZINS)OMSTANDIGHEDEN	
<ul style="list-style-type: none"> - Aanwezigheid van beide ouders - Stabiele en steunende partnerrelatie - Sociale steun vanuit sociaal netwerk en familie - Stabiel en voldoende inkomen - Goede, passende en stabiele huisvesting - Klein aantal vaste verzorgers voor kind - Regelmatig, dagelijks contact tussen jeugdige en verzorger - Gezin is betrokken bij een sociale gemeenschap, zoals buurt of kerk - Klein gezin (minder dan 4 kinderen, minder financiële druk, lagere stressniveaus) - Warm gezinsklimaat en onderlinge betrokkenheid, ouders creëren een stimulerende omgeving, positieve en ondersteunende ouder-kind interactie 	<ul style="list-style-type: none"> - Afwezigheid van een of beide ouders - Tienermoeder - Een eerder kind is overleden (incl. dood geboren) - Conflicten in het gezin, problematische scheiding - Mishandeling en/of verwaarlozing - Weinig sociale steun - Socioeconomische risico's: bijv. armoede, slechte huisvesting, werkloosheid - Frequent verhuizen - Wisselende verzorgers voor kind - Jeugdige ziet de vaste verzorger voor langere periode niet
KIND	
<p>Belemmerende factoren op het niveau van de jeugdige kunnen over het algemeen worden gecompenseerd door beschermende factoren op het niveau van de ouder(s) en het gezin.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Voldragen - Geen medische problemen/zorgen - Makkelijk, regelmatig temperament - Normale ontwikkeling - Normale intelligentie - Geen zintuigelijke beperkingen 	<ul style="list-style-type: none"> - Te vroeg geboren - Aangeboren afwijking of chronisch ziek - Ontwikkelingsproblemen (o.a. autisme) - Verstandelijke beperking - Zintuigelijke beperking: zoals slechte visus, beperkt gehoor - Emotionele trauma's, depressie, angst, eetstoornissen en trauma - Adoptie, pleegzorg met voorafgaand trauma, mishandeling of verwaarlozing - Prikkelbaar, onregelmatig temperament, veel huilen

Uitgangsvragen

1. Hoe kunnen JGZ professionals factoren in het gezin/risicogroepen identificeren die de kans op een verstoring in de ouder-kindrelatie vergroten dan wel verkleinen?
2. a.) Wat zijn, naar leeftijd, valide instrumenten voor de JGZ om de ouder-kindrelatie ter sprake te brengen en een eventuele verstoring te signaleren?
b.) Hoe kunnen JGZ professionals de ouder-kindrelatie ter sprake brengen en een eventuele

verstoring signaleren bij verschillende leeftijdsgroepen als valide instrumenten ontbreken?

Methode

Voor de beantwoording van de hierboven vermelde uitgangsvragen is systematisch literatuuronderzoek verricht met behulp van de databases van Psychinfo, Web of Science, Pubmed en Cochrane. Er werd gezocht naar artikelen die na 2000 zijn gepubliceerd, die betrekking hebben op kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 18 jaar en die in de Nederlandse of Engelse taal geschreven zijn.

Beschermende en belemmerende factoren

Voor de beantwoording van uitgangsvraag 1 werd gezocht naar overzichtsartikelen en observationele studies die betrekking hebben op factoren die van invloed zijn op de ouder-kindrelatie. De volgende zoektermen zijn gebruikt: Parent-child relations (In)secure Parent-child attachment, Disturbed Parent-child attachment, Attachment (In)security Parenting, Parental sensitivity, Cultural diversity, Social class, Gender, Socioeconomic status, Prenatal-, Infant, Child, Middle childhood, Adolescent, Screening, Risk factor. Dat leverde in totaal 157 mogelijk relevante publicaties op. Na handmatige selectie waarbij vooral de titel van de studie de doorslag gaf, bleven 21 mogelijk relevante artikelen over. Na lezing van deze 21 artikelen bleven er 15 artikelen over. Deze set van 15 artikelen is aangevuld met 26 artikelen die via de 'sneeuwbal methode' gevonden zijn.

Instrumenten

Voor het beantwoorden van uitgangsvraag 2 werd gezocht naar overzichtsartikelen en observationele studies die betrekking hebben op het signaleren van problemen in de ouder-kindrelatie of onveilige, verstoorde of problematische gehechtheidsrelaties. Verder dienden de resultaten van het onderzoek van toepassing te zijn op de Nederlandse situatie. De volgende zoektermen zijn gebruikt: (insecure, disturbed) Parent-child attachment, Assessment, Parent report, Instrument, Questionnaires, Screening, Risk factor. Dit leverde een lijst met 301 mogelijk relevante artikelen op. Veel artikelen betroffen echter studies waarbij interventies of instrumenten werden onderzocht die in een klinische setting gebruikt worden. Na handmatige selectie waarbij vooral de titel van de studie de doorslaggevend was, bleven 18 artikelen over. Na lezing van deze 18 artikelen bleven twee artikelen over (Bremariu et al en Crittenden). De overige aangehaalde artikelen werden op niet-systematische wijze gevonden ('sneeuwbal methode').

Kwaliteit van bewijs

Beschermende en belemmerende factoren

We vonden vijf meta-analyses omtrent beschermende en belemmerende factoren die veelal indirect bewijs leverden voor een enkele factor: in twee meta-analyses werd gekeken naar de effecten van (post-partum) depressie bij de moeder en het sensitieve gedrag van de moeder (Bernard et al., 2018 en Field et al., 2010). Bilgin en Wolke (2015) hebben een meta-analyse verricht naar de samenhang tussen vroeggeboorte en de sensitiviteit van de moeder. Verder werd een meta-analyse naar de samenhang tussen mishandeling en hoog risicogezinnen en gehechtheid gevonden (Cyr et al. 2010) en een meta-analyse naar de samenhang tussen het ouderlijk vermogen om te mentaliseren en gehechtheid (Zeeger et al., 2017). Ook vonden we drie narratieve reviews over de invloed van het gebruik van smartphones door ouders en ouder-kind interacties (Kildare et al., 2017; Beamish et al., 2019; McDaniel et al, 2019). De overige gevonden publicaties waren van lage kwaliteit; het zijn

observationale studies waarin specifieke factoren onderzocht werden, bijvoorbeeld door verschillende subgroepen te vergelijken, of door de samenhang te berekenen tussen een factor en de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie.

Voor het identificeren van beschermende en belemmerende factoren is daarnaast gebruik gemaakt van het NJi dossier “Wat werkt bij jeugdigen met een problematische gehechtheid?” (2018), de richtlijn “Problematische Gehechtheid” voor jeugdhulp en jeugdbescherming (de Wolff et al. 2014), de [JGZ richtlijn Psychosociale Problemen](#) (2016), het boek over de DC0-5 (Diagnostische Classificatie) vertaald door Visser (2019), de website <https://www.risicofactorenouderkindrelatie.nl/risicofactoren> en het TNO rapport ‘De 1e 1000 dagen: het versterken van de vroege ontwikkeling. Een literatuurverkenning ten behoeve van beleid en praktijk in gemeenten’ (Detmar, 2018).

Instrumenten

Er zijn geen studies van hoge kwaliteit gevonden met betrekking tot instrumenten en procedures om verstoringen in de ouder-kindrelatie te signaleren. We vonden wel enkele primaire studies over de validiteit van afzonderlijke instrumenten die gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van de ouder-kindrelatie te beoordelen (Spruit et al., 2019; Wissink et al. 2017; Colonessi et al. 2013) en een Amerikaanse richtlijn waarin een instrument aanbevolen wordt (de LSVG; Boris & Zeanah, 2005). Verder is gebruik gemaakt van een beschrijvend artikel waarin een overzicht gegeven wordt van instrumenten om gehechtheidsrelaties in kaart te brengen in de kinderpsychiatrie (van Hoof, 2017), van de databank Instrumenten van het NJi, van het NJi dossier “Wat werkt bij jeugdigen met een problematische gehechtheid?” (2018), de richtlijn “Problematische Gehechtheid” voor jeugdhulp en jeugdbescherming (de Wolff et al., 2014), de [JGZ richtlijn Psychosociale Problemen](#) (2016) en de informatie op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (<https://www.kenniscentrum-kjp.nl/>).

Door onderzoekers wordt als gouden standaard voor het beoordelen van instrumenten die de kwaliteit van de ouder-kindrelatie in kaart brengen veelal gekozen voor de Vreemde Situatie Procedure (Ainsworth et al., 1978; IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010; Zeanah et al., 2010). Ook de instrumenten die daar rechtstreeks van afgeleid zijn zoals de Attachment Q Sort (AQS; Waters & Deane, 1985) worden als gouden standaard beschouwd.

Onderbouwing

Beschermende en belemmerende factoren

Het ontstaan van een verstoring in gehechtheidsrelatie kan globaal te maken hebben met kenmerken en gedrag van de ouder(s), van de gezins- en leefomstandigheden, van de jeugdige. [Tabel 2.2](#) geeft een overzicht van factoren waarvoor in de wetenschappelijke literatuur aanwijzingen zijn gevonden.

Voor de JGZ relevante belemmerende en beschermende factoren worden hieronder nader beschreven. Zowel voor belemmerende als beschermende factoren geldt dat ze gewogen moeten worden in de context. Vaak is het een combinatie van factoren die maakt dat de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind niet optimaal tot stand komt, waarbij beschermende factoren tegenwicht kunnen bieden aan belemmerende factoren. Denk aan de aanwezigheid van veel sociale steun in het gezin: dit kan compenseren voor belemmerende factoren zoals vroeggeboorte of een moeilijk temperament. Belemmerende factoren op het niveau van de ouder kunnen daarentegen moeilijker gecompenseerd worden door beschermende factoren op kindniveau (Richter, 2002; van IJzendoorn, 2008). Om die reden wordt door experts verondersteld dat de kenmerken van de ouder een

zwaardere stempel drukken op de gehechtheidsrelatie dan de kenmerken van het kind (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992).

Kenmerken en gedrag van de ouder

Wanneer een ouder zelf een veilig model van gehechtheid heeft, is de kans groot dat zijn/haar zoon of dochter ook een veilige gehechtheidsrelatie ontwikkelt (Madigan et al., 2006). Een veilig/autonoom werkmodel bevat een beeld van zichzelf als de moeite waard om aandacht te geven, en een beeld van anderen als beschikbaar om steun of zorg te bieden. Verondersteld wordt dat de *overdracht van gehechtheid* voor een deel plaatsvindt door het gedrag van de ouder. Een ouder met een veilig intern werkmodel van gehechtheid staat open voor de emoties van zijn/haar kind, reageert doorgaans sensitief op zijn/haar kind, en is voldoende in staat om te mentaliseren.

Het is belangrijk dat ouders *vertrouwen* hebben in hun eigen kwaliteit als opvoeder. Opvoedingsonzekerheid en opvoedingsspanning kan een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van de ouder-kindrelatie (Atkinson et al., 2000; Diener, Nievar, & Wright, 2003). Ouders die zich in hun eigen leven gezien, gehoord en gesteund hebben gevoeld, hebben de meeste kans een gezond zelfvertrouwen te ontwikkelen in hun ouderschap. Goede voorbeelden van zorg en afstemming, van troosten en koesteren, van ruimte bieden en begrenzen, maken deel uit van hun opvoedvaardigheden. Zo merken ze dat hun opvoeding 'werkt' en dit versterkt hun zelfvertrouwen. Ze zijn in staat om eigen gevoelens van stress te reguleren en kunnen 'achter het gedrag' van het kind kijken en afstemmen op waarom een kind huilt, boos doet, etc.

Er zijn aanwijzingen in de literatuur dat ouders die voldoende *sociale steun* vanuit hun informele netwerk ervaren, meer vertrouwen hebben in zichzelf als opvoeder en een positievere relatie ervaren met hun kinderen (in vergelijking met ouders die geen sociale steun ervaren). Verondersteld wordt dat sociale steun uit het netwerk fungeert als buffer, waardoor de negatieve impact van mogelijke stressfactoren, zoals financiële stress of lastig gedrag van de kinderen, verminderd wordt (Heberle et al., 2014).

Wanneer ouders doorgaans een *warme, autoritatieve opvoedingsstijl* hanteren, draagt dat bij aan de ontwikkeling van een veilige ouder-kind relatie, en kan dit tevens als buffer fungeren bij risicofactoren: een warme, betrokken opvoedingsstijl beschermt tegen sociaal-emotionele problemen ten gevolge van hoge ouderlijke stress (Whittaker, et al. 2011) of ingrijpende levensgebeurtenissen (Oliva et al., 2009).

Een *autoritaire opvoedingsstijl* daarentegen wordt gekenmerkt door het stellen van veel regels en grenzen, en een lage mate van sensitieve betrokkenheid bij de jeugdige. Bij het stellen van en handhaven van de regels wordt er doorgaans weinig uitleg gegeven en zullen ouders ook weinig rekening houden met signalen en behoeften van het kind. Uit onderzoek is gebleken dat autoritair opvoedgedrag samengaat met externaliserend en internaliserend probleemgedrag (Belsky & Jaffee, 2006; Deković & Prinzie, 2014). Het risico is aanwezig dat een sterke nadruk op het vasthouden aan de regels -zonder warme betrokkenheid - verzet of weerstand bij de jeugdige oproept, wat de jeugdige uit in verstoring gedrag. Ook kan het gebrek aan ouderlijke ondersteuning en warmte samengaan met een negatief zelfbeeld of onzekerheid bij de jeugdige, een gebrek aan empathie en te weinig rekening houden met anderen (Deković & Prinzie, 2014).

Een *permissieve opvoedingsstijl* kan weliswaar warm overkomen, maar het gebrek aan een zekere structuur en grenzen kan een kind onzeker en angstig maken. Als opvoeders niet de leiding nemen,

dan neemt het kind zelf de leiding met alle negatieve gevolgen van dien: het kind kan moeite hebben om zichzelf te beheersen en om te gaan met emoties zoals teleurstelling en boosheid.

Uit diverse meta-analyses komt naar voren dat *depressie* bij de moeder een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van problemen in de relatie tussen moeder en kind (Atkinson et al., 2010; Bernard et al., 2018; Martins & Gaffan, 2000). Het kan hierbij ook gaan om een postpartum depressie (Field, 2010). Moeders met een depressie zijn doorgaans minder sensitief, praten minder met hun kind, laten hun emoties minder zien en zijn op bepaalde momenten niet of slechts moeilijk beschikbaar voor hun kind (Field, 2010).

Naast depressie kunnen ook andere *psychische problemen en verslavingsproblematiek* bij de opvoeder een obstakel zijn in de vorming van een veilige band. Vermoedelijk komt dit doordat de psychische problemen het vermogen om sensitief en responsief in te gaan op de behoeften van de jeugdige negatief beïnvloeden.

Een aparte risicofactor bij ouders is een *licht verstandelijke beperking (LVB)*, die gekenmerkt wordt door een lage intelligentie in combinatie met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Vaak zijn de opvoedingsvaardigheden van deze ouders beperkt omdat de ouder zichzelf overschat en zich slecht kan inleven in zijn/haar kind, wat het vermogen om sensitief te reageren en te mentaliseren ernstig belemmert. Dit verhoogt het risico op een onveilige gehechtheidsrelatie bij de jeugdige.

Eerste aanwijzingen uit narratieve reviews geven aan dat het veelvuldig *gebruik van smartphones* en vergelijkbare apparaten door ouders een negatieve uitwerking kan hebben op ouder-kind interacties: smartphone gebruik door ouders op het moment dat zij de zorg over hun kinderen hebben gaat samen met lagere ontvankelijkheid en sensitiviteit van de ouder voor de signalen van het kind, minder verbale en non-verbale interacties met hun kind en een lager welbevinden over tijd die ouders en kinderen samen doorbrengen (Beamish et al., 2019; Mc Daniel, 2019; Kildare et al., 2017). Deze bevindingen zijn gebaseerd op zelfrapportages en observaties. Er is een Nederlandse observatiestudie met dezelfde bevindingen (Abels et al., 2018). Alle onderzoekers benadrukken wel dat dit onderwerp nieuw is, en dat meer onderzoek nodig is.

Felliti en collega's (1998) vonden in een grootschalig Amerikaans bevolkingsonderzoek een verband tussen enerzijds het meemaken van twee of meer ongunstige ervaringen in de kindertijd en anderzijds het doormaken van fysieke en mentale gezondheidsproblemen op latere leeftijd. Negatieve jeugdervaringen (door de auteurs aangeduid als *Adverse Childhood Experiences*, vaak afgekort tot ACE's) zoals mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik, het verlies van een ouder, ruzie tussen ouders, alcohol of drugsverslaving of psychiatrische aandoeningen bij de gezinsleden gaan samen met een slechte gezondheid vele jaren later. Mensen die vier ACE's hadden meegemaakt in hun kindertijd, bleken maar liefst een vier- tot twaalfvoudig verhoogd risico te hebben om zelf een alcohol – of drugsverslaving, depressie en suïcidale neigingen te ontwikkelen (Felliti et al., 1998).

Deskundigen veronderstellen dat de ongunstige ervaringen in de kindertijd de nog onvolgroeide hersenen aantasten en zo het immuunsysteem van het kind drastisch beïnvloeden. Inmiddels is veel onderzoek gedaan naar de gevolgen van ACE's (Chapman, 2004): niet alleen de gezondheidsuitkomsten zijn slechter, ongunstige ervaringen in de kindertijd zijn ook gerelateerd aan negatief, hard opvoedgedrag (Kolomeyer et al., 2016). Studies van Lange et al. (2019) en Crough (2019) tonen aan dat ouders die één of meer ACE's hadden meegemaakt, significant meer opvoedstress ervaren en dat hun kinderen ook meer probleemgedrag laten zien. Verondersteld

wordt dat de samenhangen tussen ongunstige jeugdervaringen en negatief opvoedgedrag gemedieerd wordt door het gebrekkig reflectief functioneren van de ouder (het mentaliseren). Juist het vermogen om te mentaliseren (te reflecteren op zichzelf en het kind en zich kunnen verplaatsen in het kind) komt ernstig onder druk te staan bij een getraumatiseerde ouder. Op onvoorspelbare momenten kan de ouder bezet zijn door het trauma, waardoor de ouder emotioneel niet beschikbaar is voor het kind. Sterker nog: het herbeleven kan ervoor zorgen dat ouders onvoorspelbaar, beangstigend of zelfs vijandig gedrag laten zien ten opzichte van hun kind. De ouder die als belangrijke gehechtheidsfiguur de bron van troost is voor het kind, is tegelijk ook de bron van angst. Dit onoplosbare conflict kan leiden tot het ontwikkelen van een gedesorganiseerde/verstoorde gehechtheidsrelatie met die ouder. Bovendien ondermijnt de ouder met dergelijk beangstigend gedrag ook het mentaliserend vermogen bij het kind. (Steele et al., 2016; Threat et al., 2019).

Gezins- en leefomstandigheden

Een voorwaarde voor het ontstaan van een goede ouder-kindrelatie is *continuïteit en stabiliteit* in het contact tussen ouder en kind. Wanneer jonge kinderen vaak en veel te maken hebben met wisselingen van opvoeders, bemoeilijkt dit het opbouwen van een goede relatie (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010). Een echtscheiding kan bijvoorbeeld afbreuk doen aan de continuïteit en stabiliteit in het contact tussen ouder en kind, vooral als één van de ouders uit beeld verdwijnt. Met name complexe echtscheidingen met veel conflicten tussen ouders zijn schadelijk. Veel conflicten tussen ouders onderling kunnen er ook toe leiden dat een goede ouder-kindrelatie verandert in een verstoorde relatie (Waters et al., 2003).

Ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de jeugdige kunnen traumatisch zijn, maar dat hoeft niet (expert opinion). Het is van belang om te weten dat veel jeugdigen een ingrijpende gebeurtenis na verloop van tijd goed kunnen verwerken. Slechts een deel van hen heeft professionele hulp nodig.

Kinderen van *vluchtelingen* kunnen te maken met onder andere een gebrek aan continuïteit en stabiliteit in hun leven, vooral kinderen die meer dan één keer per jaar moeten verhuizen. Dat maakt hen kwetsbaar voor een problematische gehechtheidsrelatie (Fazel et al., 2018).

Ook *socio-economische gezinskenmerken* kunnen van invloed zijn op de relatie tussen ouder en kind: bijvoorbeeld armoede, werkloosheid financiële problemen, alleenstaand ouderschap of een gebrek aan regelmaat en structuur in het gezin. Uit onderzoek blijkt dat met name wanneer er sprake is van een opeenstapeling van verschillende sociaaleconomische problemen, er bij de jeugdigen in deze gezinnen een verhoogde kans bestaat op een verstoorde ouder-kindrelatie (Cyr et al., 2010).

Ernstige reactieve gehechtheidsproblemen komen bovengemiddeld vaak voor bij jeugdigen die *mishandeld of verwaarloosd* zijn (van IJzendoorn, 2010). Driekwart van de jeugdigen die opgroeien in gezinnen waarin sprake is van mishandeling, verwaarlozing en/of huiselijk geweld (de jeugdige hoeft zelf geen slachtoffer te zijn) heeft een verstoorde relatie met zijn/haar ouders (Cyr et al., 2010).

Kenmerken van de jeugdige

Belemmerende factoren die zich op het niveau van het kind bevinden zijn vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (prematuuriteit en/of dysmatuuriteit), een verstandelijke of lichamelijke beperking, ernstige ontwikkelingsproblematiek of een moeilijk, prikkelbaar temperament (Fearon & Belsky, 2011). Verondersteld wordt dat deze kind-kenmerken indirect effect hebben op de vorming van de ouder-kindrelatie: de aanwezigheid van beperkingen bij het kind maakt het voor ouders moeilijker om consequent sensitief te reageren op signalen van het kind, en

dat bedreigt de vorming van een optimale ouder-kindrelatie. Ook vroege ervaringen met trauma of verwaarlozing die adoptie- en pleegkinderen vaak hebben meegemaakt, kunnen belangrijke belemmerende factoren zijn voor de ontwikkeling van de relatie met adoptie- of pleegouders.

Vroeg geboren kinderen (<37 weken) hebben een groter risico op het ontwikkelen van een onveilige relatie met hun ouders. Verondersteld wordt dat er zowel aan de kant van de ouders als aan de kant van de jeugdige factoren zijn die hieraan bijdragen. De ouders kunnen last hebben van posttraumatische stress en zich zorgen maken over de ontwikkeling van hun kind, wat kan leiden tot minder optimaal opvoedgedrag, zoals overbeschermend gedrag (Bilkin et al., 2015; Potharst et al., 2012). Het kind geeft door de vroeggeboorte minder duidelijke signalen af en is sneller gestrest. Dat maakt het voor ouders moeilijker om sensitief te reageren op hun kwetsbare kind (Ravna, et al., 2011).

De term '*temperament*' verwijst in dit geval naar een aangeboren gedragsstijl die redelijk stabiel is over de levensloop en waarbij kinderen verschillen in de mate van intensiteit van hun emotionele reacties, aandachtspanne, sociabiliteit, activiteitsniveau en aanpassingsvermogen (Goldsmith, 1996). Sommige kinderen zijn bijvoorbeeld 'gemakkelijk' in de omgang: zij passen zich snel aan in nieuwe situaties, reageren positief op prikkels en hebben een regelmatig ritme en zijn redelijk opgewekt. Dit zijn vaak ook kinderen die al snel een regelmatig slaapwaakritme hebben en met smaak nieuw eten proeven. Andere kinderen kunnen behoorlijk schrikken van nieuwe gezichten en indrukken, kunnen heel intens reageren en zijn minder makkelijk te kalmeren. Kinderen met een iets geremd - of een prikkelbaar temperament hebben meer kans op een verstoorde relatie, omdat het voor ouders moeilijker is om adequaat te reageren op de signalen van hun kind (Cassidy et al., 2011).

Kinderen die *veel huilen* kunnen stress veroorzaken bij hun ouders. Bij 85% van de kinderen die veel huilen, neemt het huilen in de derde maand af (zie [richtlijn Excessief huilen](#)). Wanneer het huilen door de ouders als excessief wordt ervaren, kan dat negatief uitwerken op de ouder-kind relatie bijvoorbeeld doordat ouders zich (teveel) terugtrekken uit de interactie met hun kind, of juist ongewenst gedrag laten zien, zoals hardhandig vastpakken. Iedere ouder die zorgen heeft over het huilen van zijn/haar kind verdient daarom extra aandacht van de JGZ professional.

Verstoringen in de relatie komen verder vaker voor bij jeugdigen met *ontwikkelingsproblematiek* zoals een autistische stoornis of een verstandelijke beperking (Rutgers et al., 2004; Wijnroks et al., 2006). Dit komt omdat deze jeugdigen minder en moeilijk afleesbare signalen afgeven, waardoor het voor ouders lastiger is om sensitief te reageren en positieve, wederkerige interacties te hebben (Beckwith, Rozga, & Sigman, 2003; Didden, 2006).

Een verstoorde ouder-kindrelatie in de adolescentie gaat vaak samen met internaliserend en externaliserend probleemgedrag (Fearon et al., 2011). Denk aan agressie, druk gedrag en overbeweeglijkheid. Met name jongens met een verstoorde gehechtheidsrelatie hebben een verhoogd risico om *gedragsproblemen* te ontwikkelen (van IJzendoorn et al., 1999). Experts bevelen daarom aan om bij jeugdigen die probleemgedrag laten zien, altijd ook aandacht te geven aan de ouder-kindrelatie.

Ten slotte komen verstoorde ouder-kindrelaties veel vaker voor bij jeugdigen die na hun eerste verjaardag zijn *geadopteerd* (van den Dries et al., 2009), en bij jeugdigen die opgroeien in een *pleeggezin, leefgroep of tehuis*.

Instrumenten

Voor de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar (valide) instrumenten voor de JGZ om eventuele verstoring van de ouder-kind relatie te signaleren en/of om de ouder-kindrelatie ter sprake te brengen. Daarnaast zijn instrumenten die de opvoedsituatie in kaart brengen bruikbaar.

Signaleren van verstoring

Er zijn tal van observatie-instrumenten waarbij video-opnames worden gemaakt die door getrainde codeurs beoordeeld kunnen worden: de Vreemde Situatie Procedure, de Attachment Q-Sort, de EAS schalen, de Klinische Observatie van Gehechtheid (COA), de Attachment Story Completion Test en de Marschak Interaction Method (MIM-NL). Ook zijn er instrumenten die gebruik maken van een gestructureerd interview met de ouder over het kind: het Disturbances of Attachment Interview (DAI), het Parent Development Interview (PDI) en het Working Model of Child Interview (WMCI). Vanaf de leeftijd van acht jaar kunnen jeugdigen zelf geïnterviewd worden over hun gehechtheidsrelatie, bijvoorbeeld met behulp van het Child Attachment Interview (CAI). Vanaf de leeftijd van veertien jaar kan het Gehechtheid biografisch interview (Nederlandse vertaling van het Adult Attachment Interview) worden afgenomen om de interne representatie van gehechtheid bij de jeugdige vast te stellen. Deze signaleringsinstrumenten hebben met elkaar gemeen dat afname, codering en interpretatie een behoorlijke tijdsinvestering (minimaal dertig minuten) en (specifieke) diagnostische scholing vergen. Op grond hiervan oordeelt de richtlijnwerkgroep dat deze instrumenten niet geschikt zijn voor gebruik in de JGZ.

De hiervoor genoemde beperkingen gelden veel minder voor drie korte instrumenten die door ouders zelf (of samen met ouders) ingevuld kunnen worden: de ARI CP 2-5, de AISI en de LSVG. De instrumenten zijn nog niet beoordeeld door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN). Deze lijsten worden momenteel gebruikt in de jeugdhulp en de jeugdbescherming:

- De *Attachment Relationship Inventory Caregiver Perspective 2-5 years* (ARI-CP 2-5) (Spruit et al., 2019) is een korte, schriftelijke vragenlijst die door de ouder in circa vijftien minuten ingevuld kan worden. De vragenlijst bevat achtenveertig items en beoogt inzicht te geven in de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie, vanuit het perspectief van de ouder. Voor achtenveertig stellingen geven ouders aan in hoeverre dit van toepassing is. Bijvoorbeeld: 'Mijn kind en ik hebben plezier met elkaar', 'mijn kind vraagt weinig hulp aan mij', of 'mijn kind raakt volledig in paniek, ook al is er weinig aan de hand'. De ARI-CP 2-5 resulteert in scores op vier schalen (overeenkomstig de verschillende classificaties): veilig, vermijdend, ambivalent en gedesorganiseerd. Uit onderzoek blijkt dat de ARI-CP 2-5 goede psychometrische kenmerken heeft, waarbij een gevalideerd observatie-instrument voor gehechtheid (de Attachment Q-Sort, Waters & Deane, 1985) als gouden standaard is gebruikt (Spruit et al., 2019). Bij de ARI-CP 2-5 zijn ondersteunende materialen ontwikkeld zoals een infosheet over gehechtheidsrelaties voor professionals, een factsheet over de ARI-CP en een handleiding (te downloaden via <https://www.basictrust.com>). Voor de afname en interpretatie van de ARI-CP 2-5 wordt enige kennis van gehechtheid als voorwaarde gesteld.
- De *Attachment Insecurity Screening Inventory* (AIS; Polderman et al., 2016; Wissink et al., 2017) is ontwikkeld door Basic Trust en beoogt de kwaliteit van de gehechtheidsrelaties te meten middels vragen over het gedrag van het kind. Er zijn twee versies: één voor 2-5 jarigen en één voor 6-12 jarigen. De vragenlijst omvat een deel met vierendertig gesloten vragen over concrete gehechtheidsgedragingen, bijvoorbeeld: 'Krijgt u in het dagelijks leven

makkelijk contact met uw kind?', 'Is uw kind overdreven volgzzaam en gehoorzaam?' Daarnaast zijn er elf open vragen die de beleving van de opvoeding door de ouder en de band met het kind in kaart brengen. Enkele voorbeeldvragen zijn: 'Is uw kind naar uw gevoel gehecht aan u?' en 'Kunt u een moment beschrijven dat het echt klikte tussen u en uw kind?' De AISI is voldoende betrouwbaar en valide gebleken, maar de onderzoekers zagen ook verbetermogelijkheden. Dat heeft geresulteerd in de ARI-CP. Een verschil tussen beide instrumenten is dat de AISI focust op het gedrag van het kind als graadmeter voor de gehechtheidsrelatie, terwijl in de ARI-CP 2-5 het accent ligt op de *perceptie* van de ouder van de relatie met het kind.

- De *Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag* (LSVG; uit de Richtlijn Problematische Gehechtheid, 2019) is een korte lijst die samen met de ouders wordt besproken, ofwel door een professional ingevuld wordt. De lijst beoogt een problematische gehechtheidsrelatie te signaleren bij kinderen van één jaar tot circa vijf jaar. Er worden acht specifieke gedragingen van het kind ten opzichte van de ouder uitgevraagd, bijvoorbeeld: 'zoekt het kind troost als het zich bezeerd heeft?', 'Toont het kind positieve affectie naar de ouder?', 'Hoe reageert het kind op onbekende mensen?' Per gedrag wordt samen met de ouders een score bepaald. De totaalscore geeft aan hoe waarschijnlijk het is dat er problemen zijn in de ouder-kindrelatie (hoe hoger de score, hoe groter de kans op problemen, met een afkapwaarde). Er bestaat internationale consensus over de LSVG, en het instrument wordt op dit moment onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. De lijst kan wel beschouwd worden als '*to the best of our knowledge*' (AACAP, Zeanah et al., 2016) en geeft een eerste, onderbouwde aanwijzing om een vermoeden van een verstoorde ouder-kindrelatie te bevestigen of te weerleggen. De LSVG kan door professionals zonder specifieke training afgenomen worden. Wel is kennis van de gehechtheidstheorie en bekendheid met (de ontwikkeling van) veilig en meer onveilig gehechtheidsgedrag nodig.

Gespreksmodellen

Motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken zijn twee breed toegepaste gespreksmodellen bij het voeren van professionele gesprekken. Het uitgangspunt van motiverende gespreksvoering is dat mensen pas gemotiveerd raken om een probleem aan te pakken, als er begrip is voor hun ambivalentie, en als ze het idee hebben dat ze dit echt kunnen. Uit buitenlandse studies is gebleken dat motiverende gespreksvoering een effectief hulpmiddel kan zijn, bijvoorbeeld om roken, alcohol- en drugsgebruik te verminderen (Bartelink, 2013).

'Oplossingsgericht werken' is een methode die gericht is op het versterken van de autonomie van de gesprekspartners waarbij de aandacht uitgaat naar de oplossing in plaats van het probleem (Bakker & Bannink, 2008). Uitgangspunt hierbij is dat de professional de ouder/jongere niet rechtstreeks beïnvloedt, maar dat de gesprekspartner zichzelf verandert. Naar de effectiviteit van oplossingsgericht werken in de JGZ is nog geen wetenschappelijk onderzoek verricht. Wel zijn er vanuit andere velden (psychische problematiek, gezinstherapie) aanwijzingen dat oplossingsgerichte therapie zinvol is (Bartelink, 2013).

In kaart brengen opvoedomgeving

Er worden in de JGZ algemene methodieken gebruikt waarmee de professional in gesprek gaat met (aanstaande) ouders over de ontwikkeling van hun kind en de opvoedsituatie, en welke behoeften

daaruit voortvloeien. Te denken valt aan het Balansmodel van Bakker (2000), signaleringsinstrumenten voor psychosociale problemen waarbij de brede opvoedomgeving wordt meegenomen: het SamenStarten-Protocol, de SPARK (Structured Problem Analysis of Raising Kids) (Staal & Van Stel, 2012; 2013), de GIZ (Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte) en de Vragenlijst Stevig Ouderschap (Bouwmeester-Landweer, 2008), hoewel deze laatste vragenlijst bedoeld is om gezinnen te vinden die in aanmerking komen voor het programma Stevig Ouderschap. Het betreft reguliere zorg die alle ouders door de JGZ aangeboden krijgen om samen afspraken te maken over passende zorg.

Conclusies uit de literatuur

Beschermende en belemmerende factoren

Bewijsniveau	Conclusie
⊕⊖⊖⊖ ZEER LAAG	<p>Verstoord hechtingsgedrag kan globaal te maken hebben met:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kenmerken en opvoedgedrag van de ouder(s); bijvoorbeeld depressie, ontbreken van sociale steun, eigen gehechtheidsproblematiek; – kenmerken van de gezins- en leefomstandigheden; bijvoorbeeld een gebrek aan continuïteit en stabiliteit, socio-economische kenmerken; – kenmerken van de jeugdige; bijvoorbeeld vroeggeboorte, aanwezigheid van ontwikkelingsproblematiek, een moeilijk en prikkelbaar temperament. <p><i>o.a. Bernard et al., 2018, Heberle et al., 2014, Van IJendoorn & Bakermans-Kranenburg 2010, Cyr et al., 2010, Fearon & Belsky 2011.</i></p>

Instrumenten

-	Er zijn in de literatuur geen geschikte instrumenten gevonden waarmee de JGZ professional verstoring van de gehechtheidsrelatie betrouwbaar kan signaleren.
---	---

Overwegingen

De JGZ professional bespreekt met (aanstaande) ouders (preventief) het belang van een goede interactie met het kind. In het gesprek met ouders worden positieve zaken benadrukt en ligt de focus op samenwerking. De professional heeft hierbij ook oog voor de eigen problemen van de ouder(s), de gezins- en leefomstandigheden en de door de ouder(s) ervaren draagkracht/draaglast. Zie [het themadossier ouderschap](#) voor meer informatie over aansluiten bij ouders en ouderschap. Aan de hand van observaties en wat de ouder(s) vertellen wordt zo nodig voorlichting gegeven over de ontwikkeling van de ouder-kindrelatie in de verschillende levensfasen (zie [Thema 1](#) en worden tips en adviezen gegeven om relatie te versterken (zie [Box 2.1](#)).

Observeren

Vanaf de leeftijd van ongeveer één jaar laten kinderen in hun gedrag zien in welke mate ze vertrouwen hebben in de ouder en zichzelf, waarbij de context (welk tijdstip van de dag, wat is er voorgevallen) *altijd* meegenomen moet worden. Een kind kan zich optimaal ontwikkelen als het aan de ene kant het vertrouwen en de letterlijke kans van ouders krijgt om de omgeving te verkennen en te exploreren. Aan de andere kant is het nodig dat de ouders steun bieden wanneer het kind dat nodig heeft.

Tijdens contacten heeft de JGZ professional de mogelijkheid om de interactie tussen ouder en kind te volgen en rechtstreeks te observeren: Laat het kind exploratief gedrag zien of verlaat hij/zij de schoot van de ouder niet? Hoeveel moeite is nodig van de onderzoeker om het kind tot coöperatie te verleiden? Welke rol neemt de ouder hierbij op zich, moedigt de ouder het kind aan om te gaan spelen? Heeft de ouder de regie over de situatie, of gedraagt het kind zich heel dominant en dwingend? Is er veel spanning in het contact tussen ouder en kind (verwijten, negatief spreken, afwerend gedrag, irritaties), of oogt het contact plezierig? Ook het visusonderzoek en het onderzoek naar de taalontwikkeling geven de JGZ professional de gelegenheid om te observeren hoe de ouder reageert op het kind.

Bij het observeren van de interactie tussen ouder en kind kan bijvoorbeeld gelet worden op de volgende aspecten (die deels ontleend zijn aan de EAS schalen van Biringen et al., 1998):

- oogt de ouder-kind interactie ontspannen, in de zin dat ouder en kind beiden het contact prettig vinden?
- is er voldoende ruimte voor de eigen initiatieven van het kind?
- kijken ouder en kind elkaar aan?
- heeft de ouder de regie? En kan de ouder het kind aansturen op een prettige manier?
- hoe reageren ouder en kind (verbaal) op elkaar? Zijn er signalen van stress of irritatie bij ouder of kind?
- als het kind van streek is, lukt het de ouder om het kind te kalmeren?
- hoe spreekt de ouder over het kind?

Al deze aspecten geven een indruk van de ouder-kindrelatie: bijvoorbeeld een ouder die erg negatief praat over het kind, een ouder die het kind niet kan kalmeren (bijvoorbeeld na een vaccinatie), een kleuter die erg angstig is en niet wil gaan spelen, kunnen wijzen op een minder veilige ouder-kindrelatie.

Jonge kinderen uiten hun gevoelens van ongenoegen of frustratie in gedrag. Problemen met eten, slapen of veel huilen kunnen een indicatie zijn van een kwetsbare ouder-kindrelatie. In zo'n situatie is het raadzaam om, na uitsluiting van medische problematiek, ook aandacht te hebben voor de ouder-kindrelatie. Ook bij oudere jeugdigen die probleemgedrag laten zien, is het zaak altijd ook aandacht te geven aan de ouder-kindrelatie.

Hierbij dient wel de aantekening gemaakt te worden dat het consult altijd een momentopname is, en dat ouders in de spreekkamer soms een andere houding naar hun kind aannemen, omdat ze verwachten dat dit de gewenste houding is. Daarnaast kan er een (ingrijpende) gebeurtenis hebben plaatsgevonden die van invloed is op ouder(s) of kind. Om die reden is van belang om je observaties als JGZ professional altijd open te bespreken met ouders, zodat gekeken kan worden waar de mogelijke "oorzaak" ligt. Gezien de gevoeligheid van de informatie, is juiste taal en een vertrouwensband en daarmee ook continuïteit van zorg van groot belang.

JGZ professionals maken, op basis van eigen observaties en wat de ouders zeggen, gezamenlijk met de ouder(s) een inschatting over waar de jeugdige zich bevindt op het continuüm van veilig naar onveilig.

Het Van Wiechenonderzoek als basis voor gesprek over - en observatie van de ouder-kindrelatie
(Zie voor de uitvoering van de Van Wiechenkenmerken:
<https://www.ncj.nl/van-wiechen/kenmerken/>)

De uitvoering van de volgende items van het Van Wiechenonderzoek kan een goede aanleiding zijn om het onderwerp ouder-kindrelatie *preventief* ter sprake te brengen:

– **Kenmerk 29. Reageert op toespreken door ouder (vier weken)**

Kort na de geboorte hebben ouder en kind aandacht voor elkaar, die zich uit in kijken naar elkaar en op elkaar reageren. Het hebben van aandacht voor elkaar is een voorwaarde voor de communicatieve ontwikkeling van het kind.

– **Kenmerk 30: Lacht terug (8 weken)**

Op deze leeftijd lacht het kind naar alle mensen zonder duidelijke voorkeur voor een specifieke persoon. Het is belangrijk dat dit ook duidelijk is voor de ouder, zodat hij/zij zich niet afgewezen voelt, als de baby meer lacht naar een ander. De reactie van de ouder/verzorger op het lachen van de baby zegt wel iets over de sensitiviteit van de ouder om de signalen van de baby op te vangen en erop te reageren.

– **Kenmerk 31: Maakt geluiden terug (3 maanden)**

Ook op deze leeftijd heeft het kind nog geen voorkeur voor personen. Het biedt wel een aangrijpingspunt om met de ouder/verzorger te bespreken hoe je met de baby kunt “praten”, en hoe je als ouder beurtgedrag laat zien.

De volgende kenmerken van het Van Wiechenonderzoek kunnen gebruikt worden om de ouder-kindrelatie *te observeren*:

– **Kenmerk 11. Doet blokje in/uit doos (15 maanden)**

Dit kenmerk geeft informatie over de aanwezigheid van exploratief en sociaal gedrag. Het kind gaat de ander steeds meer bij zijn dagelijks leven betrekken. Hij toont speelgoed, betreft de ander bij zijn spel/acties, daarbij de blik van de ander volgend of die daadwerkelijk naar de actie kijkt (joint attention). Het kind toont duidelijk interesse in de mensen om hem heen.

– **Kenmerk 12. Speelt “geven en nemen” (15 maanden)**

Het gaat erom na te gaan of het kind het spelletje ‘geven en nemen’ begrijpt (cognitie). De ouder-kind relatie speelt hierbij een rol: beurtgedrag vraagt om vertrouwen in de ander. Kinderen met een minder veilige relatie zijn hiertoe moeilijk uit te lokken.

– **Kenmerk 14. Gaat op onderzoek uit (18 maanden)**

De levendige belangstelling van het kind voor zijn omgeving komt tot uiting in exploratiegedrag. Dit wordt mogelijk door het feit, dat hij zich zelfstandig kan verplaatsen en de nabijheid van de ouder kan opgeven. Zo leert het kind zijn wereld kennen. De ouder-kind relatie speelt bij dit kenmerk een belangrijke rol. Een kind dat zich veilig voelt gaat rustig op onderzoek uit in het consultatiebureau en laat de ouder af en toe dingen zien.

Bespreken

Het vraagt veel deskundigheid van professionals om een kwetsbaar thema als de ouder-kindrelatie op een waardevrije en respectvolle manier bespreekbaar te maken, zonder dat er onnodig geproblematiseerd wordt. Signaleren dat de ouder-kind band niet goed is, kan bovendien als ouderlijk falen worden gevoeld. Tijdens het gesprek worden positieve zaken benadrukt en ligt de focus op oplossingen in plaats van op problemen (de Wolff et al., 2019).

Termen als 'gehechtheidsrelatie', 'hechtingsrelatie' of 'hechting' kunnen in de omgang met ouders beter niet gebruikt worden, deze roepen vaak onbegrip of weerstand op en zijn veel te abstract (richtlijn "Problematische Gehechtheid" voor jeugdhulp en jeugdbescherming) (de Wolff et al., 2014). Gebruik liever meer neutrale woorden zoals 'band' of 'contact', of 'basisvertrouwen'. Om de ouder-kindrelatie goed bespreekbaar te kunnen maken is training in gespreksvoering (bijvoorbeeld in Motivational Interviewing) essentieel.

Meer tips en adviezen voor als de professional het gesprek over de ouder-kindrelatie aangaat, zijn (ontleend aan Informatiekaart "Signaleren en ondersteunen ouder-kindrelatie" van Babykennis, zie [Bijlage 2.3](#)):

Niet:	Wel:
<ul style="list-style-type: none">- Bagatelliseren- Zorg overnemen- Zeggen dat ze het fout doen	<ul style="list-style-type: none">- Luisteren naar de ouder- Afvragen wat zich afspeelt in het hoofd van de ouder- Ruimte bieden aan emoties/zorgen/twijfels- Begrip tonen, valideren, serieus nemen- Ontschuldigen door aan te geven hoe omstandigheden hebben kunnen leiden tot deze situatie- Aan ouders vragen: 'Wat heb je nodig?'- Positieve zaken benadrukken- Samen met de ouders kijken naar het kind- Samen met de ouders signalen van het kind interpreteren- Aan het kind vertellen wat er hier en nu gebeurt

Babykennis heeft hiervoor, in samenwerking met een groep Infant Mental Health specialisten, een *Informatiekaart 'Signaleren en ondersteunen ouder-kindrelatie'* ontwikkeld voor ouders van jonge kinderen tot 4 jaar ([Bijlage 2.3](#)). Deze kaart beoogt concrete handvatten te geven aan zorgverleners om eventuele problemen in de ouder-kindrelatie (vooral bij jonge kinderen) op een invoelende manier bespreekbaar te maken. De informatiekaart maakt een onderscheid tussen drie 'partijen': de ouder, het kind en de hulpverlener. Bij het goed in kaart brengen van een specifieke situatie in een gezin, moet de hulpverlener (in dit geval de JGZ professional) nagaan welke gevoelens en

gedragingen ouder en kind ieder afzonderlijk laten zien (*Wat doet de ouder? En wat gaat er in de ouder om? Wat doet het kind? En wat gaat er in het kind om?*). Bijvoorbeeld: de ouder wendt zich af van het kind, praat op een boze manier over het kind, of kan de zorg niet uit handen geven. Het kind huilt veel, wil continu vastgehouden worden en slaapt slecht. De kaart omschrijft een aantal gevoelens en gedragingen (van ouder en kind) die kunnen wijzen op problemen in de ouder-kindrelatie. Vervolgens benoemt de kaart heel concreet wat een hulpverlener wel en niet moet doen bij zorgen over de ouder-kindrelatie. De richtlijnwerkgroep beoordeelt de kaart als nuttig en bruikbaar, maar het is niet bekend of de kaart geëvalueerd is op bruikbaarheid en in hoeverre de kaart beantwoordt aan de doelstelling.

Het gebruik van korte instrumenten om eventuele gehechtheidsproblemen in kaart te brengen, is omstreden. Met name in de klinische hoek leven grote bezwaren tegen dergelijke lijsten omdat ouders wellicht te snel een te zwaar etiket opgeplakt krijgen. Aan de andere kant hebben professionals – ook in de praktijk van de JGZ – behoefte om eventuele vermoedens te onderbouwen met een instrument. Onderstaande drie instrumenten worden aanbevolen voor gebruik in de JGZ bij (vermoeden van) een verstoorde of problematische gehechtheidsrelatie. Er gelden drie belangrijkste voorwaarden: de JGZ professional dient enige kennis te hebben van het thema ‘gehechtheid’ (bijvoorbeeld door het lezen van deze richtlijn); het instrument dient vooraf goed toegelicht te worden bij ouders en de ouders stemmen in met het gebruik; en de uitkomst moet met veel voorzichtigheid worden geïnterpreteerd (dus nooit als diagnose!).

- De ARI CP (2-5 jaar) is inmiddels gevalideerd voor gebruik in diverse contexten zoals jeugdhulpverlening en JGZ (Spruit et al., 2019). De ARI-CP 2-5 geeft een beeld van hoe opvoeders de gehechtheidsrelatie met hun kind in de leeftijd van twee tot vijf jaar ervaren.
- De AISI (6-12 jaar) beoogt de kwaliteit van de gehechtheidsrelaties in kaart te brengen door middel van vragen over het gedrag van het kind tussen zes en twaalf jaar oud. De AISI is voldoende betrouwbaar en valide gebleken.
- Hoewel de LSVG (nog) niet gevalideerd is voor gebruik in de JGZ wordt dit instrument op grond van praktijkervaring door de richtlijnwerkgroep als een nuttig en bruikbaar instrument gezien voor kinderen in de leeftijd van één tot circa vijf jaar (zie [Bijlage 2.4](#)).

In [Tabel 2.3](#) wordt een gespreksleidraad beschreven voor het bespreekbaar maken van de ouder-kind relatie bij kinderen tussen nul en circa zes jaar oud. Deze gespreksleidraad is onder andere gebaseerd op de inzichten van Kuipers (2005), de informatiekaart van Babykennis ([Bijlage 2.3](#)) en praktijkervaringen van JGZ professionals.

De gespreksleidraad is opgebouwd uit de volgende vier stappen:

- Stap 1:** Observeer kind en ouder en verwoord wat je ziet;
- Stap 2:** Nodig de ouder uit om te reflecteren op het kind en de ouder-kind relatie;
- Stap 3:** Bespreek de observaties met betrekking tot de ouder-kind relatie;
- Stap 4:** Afronden: geef voorlichting en advies.

Binnen de vier stappen kunnen nog verschillende aspecten (a, b, c) worden onderscheiden, die bedoeld zijn als diverse *mogelijkheden* om het gesprek te voeren, al naar gelang de situatie. De leidraad beoogt enig houvast te geven, maar is niet bedoeld als een strak stappenplan. Het is niet nodig om de stappen in de hier beschreven volgorde te gebruiken. Evenmin moeten alle stappen

doorlopen worden. Plan zo nodig een extra contact in.

Tabel 2.3: Gespreksleidraad voor het bespreekbaar maken van de ouder-kind relatie (0-6 jaar).²

Stap 1. Observeer kind en ouder en verwoordt wat je ziet	
a.	Kijk samen met de ouder naar het kind en benoem wat het kind laat zien in zijn/haar gedrag. Door de signalen van het kind te verwoorden en te benoemen, fungeert de professional als een voorbeeld voor de ouder. Tegelijk is de overgang naar het thema ‘ouder-kind relatie’ natuurlijker.
b.	<p>Kijk naar de interactie tussen ouder en kind, en benoem de positieve punten in de interactie. Dat helpt de ouder om te reflecteren op het kind en de band die de ouder met het kind heeft. Denk bijvoorbeeld aan de volgende punten, die tijdens het Van Wiechen Onderzoek geobserveerd kunnen worden, en die de professional kan benoemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ouder-kind interactie oogt ontspannen; • Het kind voelt zich op zijn/haar gemak bij de ouder; • De ouder geeft voldoende ruimte voor eigen initiatieven van het kind; • Ouder en kind kijken elkaar regelmatig aan; • Het kind zoekt steun bij de ouder en de ouder reageert daar goed op; • Het lukt de ouder om het kind te kalmeren als het kind van streek is; • De ouder spreekt positief over het kind. <p>Negatieve punten in de interactie benoemt de professional in eerste instantie niet. Door hierop in het begin al de aandacht te vestigen, is het risico aanwezig dat de professional de ouder niet ‘meekrijgt’ in het gesprek, en dat de ouder in de verdediging gaat.</p>
Stap 2: Nodig de ouder uit om te reflecteren op het kind, en de ouder-kind relatie	
a.	De ouder wordt (indien nodig) uitgenodigd om te reflecteren op de ouder-kind band met behulp van vragen als: <i>“hoe zou jij (als ouder) jouw kind omschrijven of typeren?”</i> of <i>“hoe ervaar je de band met je kind?”</i> , of <i>“hoe ervaar je het ouderschap?”</i>
b.	<p>Luister goed naar de ouder, met de volgende aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vraag je af wat zich afspeelt in het hoofd van de ouder; • Geef aandacht aan mogelijke belemmeringen of problemen die de ouder ervaart in het ouderschap: bijv. overgang naar werk, weinig steun partner, aanwezigheid andere kinderen, balans tussen draagkracht en draaglast, etc.; • Bied ruimte aan emoties/zorgen/twijfels van ouders; • Toon begrip en neem de ouder serieus ; • Mijd een beschuldigende toon door aan te geven hoe omstandigheden hebben kunnen leiden tot bepaalde zorgen of problemen.
Stap 3. Bespreek de observaties m.b.t. de ouder-kind relatie	
a.	<p>Pas nadat de ouder zelf zo positief mogelijk aandacht heeft gekregen, kunnen meer kritische observaties van de professional over de ouder-kind relatie gedeeld worden (bijv. ouder spreekt negatief over het kind, het kind krijgt weinig ruimte, of kind klampt de ouder angstig aan gedurende hele contact). Het is ook mogelijk dat de ouder zelf enkele zorgen of minpunten in stap 2 gedeeld heeft, waarbij de professional kan aansluiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De professional beschrijft eventuele zorgen met betrekking tot de ouder-kind relatie (en het gedrag dat het kind laat zien) zo objectief mogelijk, zonder waardeoordeel. Bijv.: <i>“Het valt me op dat...”</i> • Termen als ‘hechting’ of ‘gehechtheidsrelatie’ worden niet gebruikt. Wel: band, relatie, basisvertrouwen.

² De volgorde van de ‘stappen’ ligt niet vast; stappen kunnen ook achterwege gelaten worden.

b.	Vraag aan de ouder of hij/zij de geobserveerde punten herkent, en streef naar overeenstemming met de ouder.
c.	Maak gebruik van de Infosheet van Basic Trust of de Informatiekaart van Babykennis (bijlage 2.3)
d.	Help de ouder op weg met mentaliseren door vragen te stellen zoals: "Hoe zou (naam kind) zich voelen?' 'Waar zou (naam kind) behoefte aan hebben denk je? Wat voelt (naam kind?'
e.	Als de ouder de zorgen niet herkent of er niet op in wil gaan, kan de professional in een volgend contactmoment op het thema ouder-kind relatie terugkomen.
Stap 4. Afronden: geef voorlichting en advies	
a.	Vraag aan de ouder wat hij/zij nodig heeft met betrekking tot de vastgestelde zorgen
b.	Geef tips en adviezen van Thema 1 , eventueel aangevuld met voorlichting van Opvoedinformatie Nederland en Pharos.
c.	Noteer (met toestemming van de ouder) in het dossier dat bij een volgend contact de ouder-kind relatie terugkeert als gespreksthema, of plan een extra contact in. Of: vul het afwegingskader in de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in en neem eventuele vervolgstappen. Eventueel kunnen instrumenten ingezet worden bij vermoeden van een verstoorde ouder-kind relatie: de ARI-CP (2-5), de LSVG (1-5) of de AISI (6-12).

Aandachtspunten zijn:

0-4 jaar

Ouders moeten zich continu aanpassen. De geboorte van het eerste kind is de grootste overgang, maar iedere fase van het ouderschap vraagt om een nieuwe invulling, waarbij ouders hun gedrag (moeten) afstemmen op de ontwikkelingsbehoeften van hun kind. In het eerste jaar heeft het kind behoefte aan emotionele veiligheid, in de jaren daarna wordt het stellen van grenzen belangrijker. Vrijwel alle ouders ervaren periodes van onzekerheid in de opvoeding en de omgang met hun kind, waarin het ouderschap hen zwaar valt. Uit onderzoek blijkt dat ouders vooral behoefte hebben om hun zorgen met een JGZ professional te kunnen delen, vaak ook zonder dat er direct een advies van hen wordt verwacht (zie [JGZ richtlijn Opvoedondersteuning](#)). De JGZ professional biedt hen hiervoor een *luisterend oor*, beantwoordt desgewenst opvoedvragen en normaliseert. Bij veel voorkomende, 'normale' opvoedproblemen in elke ontwikkelingsfase kunnen ouders gebruik maken van informatie van [Opvoedinformatie.nl](#), waarin gevalideerde opvoedinformatie over veel voorkomende opvoedvragen voor ouders is opgenomen.

4+ jaar

In het gesprek met ouders van oudere kinderen (vanaf de leeftijd van ongeveer tien jaar) is het van belang te benadrukken dat conflicten doorgaans van tijdelijke aard zijn, en dat de ouder wel degelijk een belangrijke rol vervult voor de jeugdige, ook al uit hij/zij dit zelf niet direct. Het leren oplossen van conflicten op een constructieve manier en het laten zien dat dat een meningsverschil uitgesproken mag worden en niet perse een langdurige negatieve invloed op de relatie hoeft te hebben, is belangrijk. De JGZ professional adviseert ouders van pubers om een balans te zoeken tussen controle en betrokkenheid. Om goed op de hoogte te blijven van de activiteiten en belevingswereld van hun (puberende) kind, is het belangrijk dat ouders investeren in de band met hun zoon/dochter: bijvoorbeeld door belangstelling te tonen, dagelijks korte gesprekken aan te gaan of de tijd te nemen om samen dingen te doen. Door een positief gezinsklimaat te scheppen kunnen ouders een omgeving creëren waarin hun zoon of dochter vrijwillig veel informatie deelt over zijn of

haar persoonlijke leven. Op hun beurt kunnen ouders hun kind daarbij steunen en indien nodig bijsturen (Branje et al., 2009).

Referenties

1. Abels, M., Abeele, M. V., Van Telgen, T., & Van Meijl, H. (2018). Nod, nod, ignore: An exploratory observational study on the relation between parental mobile media use and parental responsiveness towards young children. *The talking species: Perspectives on the evolutionary, neuronal, and cultural foundations of language*, 195-228.
2. Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C., & Guger, S. (2000). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 1019-1040.
3. Bakker I, Bakker K, Dijke A van, Terpstra L. (2000). O + O = O² Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties. Utrecht: NIZWM.
4. Bakker, J. M., & Bannink, F. P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(1), 55.
5. Bartelink, C. (2013). Wat werkt: Motiverende gespreksvoering? Utrecht: Nederlands jeugdinstuut.
6. Beamish, N., Fisher, J., & Rowe, H. (2019). Parents' use of mobile computing devices, caregiving and the social and emotional development of children: a systematic review of the evidence. *Australasian Psychiatry*, 27(2), 132-143.
7. Beckwith, L., Rozga, A., & Sigman, M. (2002). Maternal sensitivity and attachment in atypical groups. *Advances in Child Development and Behavior*, 30, 231.
8. Belsky, J., & Jaffee, S. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 38-85). New York, NY: Wiley
9. Bernard, K., Nissim, G., Vaccaro, S., Harris, J. L., & Lindhiem, O. (2018). Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: a meta-analysis. *Attachment & Human Development*, 20(6), 578-599.
10. Bigelow, A. E., Beebe, B., Power, M., Stafford, A. L., Ewing, J., Egleson, A., & Kaminer, T. (2018). Longitudinal relations among maternal depressive symptoms, maternal mind-mindedness, and infant attachment behavior. *Infant Behavior and Development*, 51, 33-44.
11. Bilgin, A., & Wolke, D. (2015). Maternal sensitivity in parenting preterm children: a meta-analysis. *Pediatrics*, 136(1), e177-e193.
12. Branje, S. J. T., van Doorn, M. D., van der Valk, I. E., & Meeus, W. H. J. (2009). Parent-adolescent conflict, conflict resolution, and adolescent adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 195-204.
13. Boris, N. W. & Zeanah, C. H. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-1219.
14. Bouwmeester-Landweer, M. B. (2008). Stevig Ouderschap. *JGZ Tijdschrift Voor Jeugdgezondheidszorg*, 40(3), 59.
15. Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Sherman, L. J., Stupica, B., & Lejuez, C. W. (2011). Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Development and Psychopathology*, 23, 131-148.
16. Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225.
17. Crouch, E., Radcliff, E., Brown, M., & Hung, P. (2019). Exploring the association between parenting stress and a child's exposure to adverse childhood experiences (ACEs). *Kind & Adolescent Praktijk*, 18(1), 6-13.
18. Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-108.

19. Deković, M., & Prinzie, P. (2014). Gezin en afwijkende ontwikkeling. In P. Prins, & C. Braet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie. Over aanleg, omgeving en verandering* (pp. 143-165). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
20. Detmar, S.B. (2018) *De 1e 1000 dagen: het versterken van de vroege ontwikkeling Een literatuurverkenning ten behoeve van beleid en praktijk in gemeenten*. TNO rapport voor Bernard van Leer Foundation. Leiden: TNO Child Health.
21. Didden, R. (2006). In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke handicap. Houten: Bohn, Stafleu van Lochem.
22. Diener, M. L. , Nievar, M. A., & Wright, C. (2003). Attachment security among mothers and their young children living in poverty: Associations with maternal, child, and contextual characteristics. *Merrill-Palmer Quarterly*, *49*, 154-182.
23. Fazel, M. (2018). Psychological and psychosocial interventions for refugee children resettled in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *27*(2), 117-123.
24. Fearon, R. M.P., & Belsky, J. (2011). Infant–mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(7), 782-791.
25. Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, *81*, 435-456.
26. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4), 245-258.
27. Goldsmith, H. H. (1996). Studying temperament via construction of the Toddler Behavior Assessment Questionnaire. *Child Development*, *67*(1), 218-235.
28. Heberle, A. E., Thomas, Y. M., Wagmiller, R. L., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2014). The impact of neighborhood, family, and individual risk factors on toddlers' disruptive behavior. *Child Development*, *85*(5), 2046-2061
29. Kildare, C. A., & Middlemiss, W. (2017). Impact of parents mobile device use on parent-child interaction: A literature review. *Computers in Human Behavior*, *75*, 579-593.
30. Kolomeyer, E., Renk, K., Cunningham, A., Lowell, A., & Khan, M. (2016). Mothers' Adverse Childhood Experiences and Negative Parenting Behaviors: Connecting Mothers' Difficult Pasts to Present Parenting Behavior via Reflective Functioning. *Zero to Three*, *37*(1), 5-12
31. Lange, B. C., Callinan, L. S., & Smith, M. V. (2019). Adverse childhood experiences and their relation to parenting stress and parenting practices. *Community Mental Health Journal*, *55*(4), 651-662. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258.
32. Madigan, S., Hawkins, E., Plamondon, A., Moran, G., & Benoit, D. (2015). Maternal representations and infant attachment: An examination of the prototype hypothesis. *Infant Mental Health Journal*, *36*, 459-468.
33. Martins, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*(6), 737-746.
34. McDaniel, B. T. (2019). Parent distraction with phones, reasons for use, and impacts on parenting and child outcomes: A review of the emerging research. *Human Behavior and Emerging Technologies*, *1*(2), 72-80.
35. Oliva, A., Jiménez, J. M., & Parra, A. (2009). Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress, & Coping*, *22*(2), 137-152.
36. Polderman, N. (2016). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Basic Trustmethode'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.
37. Potharst, E. S., Schuengel, C., Last, B. F., van Wassenaer, A. G., Kok, J. H., & Houtzager, B. A. (2012). Difference in mother–child interaction between preterm-and term-born preschoolers with and without disabilities. *Acta Paediatrica*, *101*(6), 597-603.

38. Ravana, I. H., Smithc, L., Smebye, N. A., Kynoea, N. M., Sandvikf, L., Bunchb, E. H., & Lindemanna, R. (2011). Effects of early mother–infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: A randomized controlled trial. *Infant Behavior and Development*, *35*, 36–47.
39. Rutgers, A. H., Bakermans - Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 1123–1134.
40. Spruit, A., Willems, L., Uittenbogaard, R., & Noom, M. (2018). Uitingen van veilige en onveilige gehechtheidsrelaties tussen ouders en hun jonge kind (2 t/m 5 jaar) volgens betrokkenen uit de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *57*(7/8), 308-320.
41. Spruit, A., Colonesi, C., Uittenbogaard, R., Willems, L., Wissink, I., & Noom, M. (2019). Attachment Relationship Inventory-Caregiver Perception 2-5 years (ARI-CP 2-5).
42. Staal, I. I., van Stel, H. F., Hermanns, J. M., & Schrijvers, A. J. (2015). Early detection of parenting and developmental problems in toddlers: A randomized trial of home visits versus well-baby clinic visits in the Netherlands. *Preventive Medicine*, *81*, 236-242.
43. Staal, I. I., van Stel, H. F., Hermanns, J. M., & Schrijvers, A. J. (2016). Early detection of parenting and developmental problems in young children: Non-randomized comparison of visits to the well-baby clinic with or without a validated interview. *International Journal of Nursing Studies*, *62*, 1-10.
44. Steele, H., Bate, J., Steele, M., Dube, S. R., Danskin, K., Knafo, H., Nikitiades, A., Bonuck, K., Meissner, P., & Murphy, A. (2016). Adverse childhood experiences, poverty, and parenting stress. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *48*(1), 32–38. <https://doi.org/10.1037/cbs0000034>
45. Treat, A. E., Sheffield Morris, A., Williamson, A. C., Hays-Grudo, J., & Laurin, D. (2019). Adverse childhood experiences, parenting, and child executive function. *Early Child Development and Care*, *189*(6), 926-937.
46. Visser, J. (2019). DC:0-5. Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen in de baby- en vroege kindertijd. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
47. Waters, E., & Deane, K. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50* (Serial No. 209), 41 – 65.
48. Wissink, I. B., Colonesi, C., Stams, G. J. J. M., Hove, M., Asscher, J. J., Noom, M. J., et al. (2016). Validity and reliability of the attachment insecurity screening inventory (AISI) 2–5 years. *Child Indicators Research*, *9*(2), 533-550.
49. Wijnroks, L., Janssen, C. G. C., & Eskamp, S. (2006). Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking.
50. Whittaker, J. E. V., Harden, B. J., See, H. M., Meisch, A. D., & T’Pring, R. W. (2011). Family risks and protective factors: Pathways to Early Head Start toddlers’ social–emotional functioning. *Early Childhood Research Quarterly*, *26*(1), 74-86.
51. Wolff, de M., Bakel van, H.J. A. , Juffer, F., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2019). *Richtlijn Problematische Gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, NIP en NVO.
52. van IJzendoorn, M. H. (2008). *Opvoeding over de grens. Gehechtheid, trauma en veerkracht*. Amsterdam: Boom Academic.
53. van IJzendoorn, M. H. (2010). Gehecht aan pleegouders. In: P. van den Bergh & T. Weterings (Red.), *Pleegzorg in perspectief. Ontwikkelingen in theorie en praktijk* (pp. 13-23). Assen: Van Gorcum.
54. van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg , M. J. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe.
55. Zeegers, M. A., Colonesi, C., Stams, G. J. J., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant–parent attachment. *Psychological Bulletin*, *143*(12), 1245.
56. Zeanah, C. H., Chesher, T., Boris, N. W., and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2016). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social

engagement disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 990-1003.

Thema 3: Begeleiden en verwijzen

Bij aanhoudende spanning in de ouder-kind interactie en in de opvoeding bepaalt de JGZ professional, in samenspraak met de ouders, op basis van de geïnventariseerde beschermende- en belemmerende factoren in het gezin, de te nemen vervolgstappen.

Aanbevelingen

1. Ouders die problemen hebben met sensitief opvoeden of grenzen stellen (en relatief goed functioneren) krijgen begeleiding aangeboden in de vorm van een video-feedback interventieprogramma in de JGZ, zoals VIPP-SD, K-VHT of VIB. Deze programma's worden ingezet als de ouders in kwestie tot de doelgroep van de interventie behoren. Ouders kunnen daarnaast gebruik maken van opvoedondersteuning door de JGZ (zie [JGZ richtlijn Opvoedondersteuning](#)).
2. Ouders of jeugdigen die tot een specifieke risicogroep behoren krijgen een geïndiceerde interventie aangeboden zoals Stevig Ouderschap of VoorZorg.
3. Bij aanhoudende, ernstige problematiek kan verwezen worden naar meer intensieve hulp buiten de JGZ. Dat wil zeggen, twee of meer van het volgende is aan de hand:
 - er is sprake van één of meerdere aanhoudende problemen op het gebied van gedragsregulatie zoals huilen, eten, slapen
 - er is bij de ouders sprake is van aanhoudende ongerustheid en/of overbelasting (bijvoorbeeld: uitputting, onzekerheid, gevoel van falen, prikkelbaarheid of ontkenning van de problemen)
 - ouder(s) en kind communiceren niet met elkaar of op een verstoorde manier
 - het gezin heeft onvoldoende aan begeleiding door de JGZ

Uitgangsvragen

1. Welke strategieën en interventies zijn effectief om ouders en jeugdigen te ondersteunen bij het verhelpen van een storing in de ouder-kindrelatie?
2. Welke effectieve interventies kan een JGZ professional zelf inzetten bij risicogroepen, om ouders te helpen een gezonde relatie met hun kind te ontwikkelen?
3. Welke - voor de JGZ geschikte - interventies kan een JGZ professional zelf inzetten bij een verstoorde ouder-kindrelatie voor verschillende ontwikkelingsfasen van jeugdigen?
4. Op basis van welke criteria moeten JGZ professionals ouders en/of jeugdigen verwijzen naar wie.

Methode

Voor de beantwoording van de uitgangsvragen is begonnen met systematisch literatuuronderzoek in de databases van Psychinfo, Web of Science, Pubmed en Cochrane. Er is gezocht naar overzichtsartikelen en observationele studies die betrekking hebben op methodieken, interventies of verwijscriteria die effectief zijn gebleken bij het verhelpen van problemen in de ouder-kindrelatie, en welke interventies ouders in risicogroepen helpen om een gezonde relatie met hun kind te ontwikkelen. Alleen artikelen die na 2000 zijn gepubliceerd, die betrekking hebben op jeugdigen in de leeftijd van nul tot en met achttien jaar en die in de Nederlandse of Engelse taal geschreven zijn, werden meegenomen. De volgende zoektermen zijn gehanteerd: Prenatal-, Infant, Child, Preschool

child, Adolescent, Toddler, Newborn, Youth, Teenager, (In)secure, Disturbed Parent-child relations, - Interaction, - Attachment, Attachment (In)security, Parenting, Parental sensitivity, Parenting-, Attachment-based intervention en Videofeedback.

Dat leverde in totaal 136 mogelijk relevante publicaties op. Na handmatige selectie waarbij vooral de titel van de studie de doorslag gaf bleven achttien mogelijk relevante artikelen over. Na lezing bleven negen artikelen over, en deze set is aangevuld met eenentwintig artikelen die via de 'sneeuwbal methode' gevonden zijn. Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van het NCJ dossier 'JGZ en hechting', het NJi dossier "Wat werkt bij jeugdigen met een problematische gehechtheid?" (2018), de Richtlijn "Problematische Gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming (de Wolff et al., 2014), en het rapport van de Gezondheidsraad getiteld "Onderzoek naar de effectiviteit van preventie via de ouder-kindrelatie" (2018).

Ook is op basis van de databank Effectieve jeugdinterventie van het NJi en het thema-dossier 'hechting' van het NCJ een overzicht gemaakt van interventies die (onder andere) de ouder-kindrelatie beogen te versterken, en die door een JGZ professional ingezet zouden kunnen worden. Zie [Bijlage 3.1](#) voor een overzicht.

Kwaliteit van bewijs

Er is relatief veel bewijs van hoge kwaliteit (zeven meta-analyses) beschikbaar over de effectiviteit van interventies gericht op het versterken van de ouder-kindrelatie of het voorkomen van problemen. Er zijn geen meta-analyses of systematische reviews gevonden naar de effectiviteit van interventies die JGZ professionals zelf kunnen inzetten bij gesignaleerde problemen in de ouder-kindrelatie. Wel zijn er diverse primaire studies gevonden waarin specifieke interventies die in de JGZ ingezet kunnen worden (VoorZorg, Stevig Ouderschap en VIPP SD) wetenschappelijk zijn onderzocht. Er zijn geen studies gevonden die relevant waren voor het beantwoorden van uitgangsvraag 4 (verwijscriteria). Om die reden is voor een 'practice-based' benadering gekozen.

Onderbouwing

We vonden drie relevante meta-analyses (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Barlow et al., 2016; Schoemaker et al., 2019) waarin de effectiviteit van interventies gericht op ouderlijke sensitiviteit en de ouder-kindrelatie in de eerste levensjaren onderzocht werd. Bakermans-Kranenburg et al. (2003) vonden een klein effect. Interventies die gebruik maken van videofeedback, die na de leeftijd van 6 maanden worden ingezet en die tussen de vijf en zestien sessies bevatten blijken effectiever dan andere typen interventies. In de meta-studie van Barlow et al. (2016) zijn de uitkomsten van zes systematische reviews en tien studies met een gerandomiseerde interventie en controlegroep (randomized controlled trials, RCTs) samengevoegd. Veelbelovende interventies voor het verbeteren van sensitiviteit en de ouder-kindrelatie bleken vooral gebruik te maken van ouder-kind psychotherapie, videofeedback en huisbezoeken om het vermogen van de ouder om te mentaliseren te versterken. Schoemaker en collega's vonden in hun meta-analyse positieve effecten van interventieprogramma's (voor pleeg- en adoptieouders) op sensitief reageren en disciplineren door de ouders en gedragsproblemen van de kinderen, maar de programma's bleken niet effectief op het niveau van de gehechtheidsrelatie.

Vier meta-analyses betroffen de effectiviteit van interventies die de meest problematische vorm van gehechtheid (een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie) beogen te voorkomen in gezinnen met jonge kinderen (Bakermans-Kranenburg et al., 2005; Mountain et al., 2016; Wright et al. 2017; en

Facompré et al., 2017). Doorgaans gaat het om huisbezoekprogramma's die zich richten op het verbeteren van de ouderlijke sensitiviteit, al dan niet aangevuld met andere vormen van ondersteuning. De uitkomsten zijn wisselend. In de meta-analyse van Bakermans-Kranenburg et al (2005) bleken de onderzochte interventies niet effectief in het voorkomen van een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie. De latere meta-analyses vinden een klein tot gematigd effect, en laten zien dat de effectiviteit toeneemt als de interventies ingezet worden bij jonge kinderen met een risicofactor zoals prematuriteit of een moeilijk temperament, terwijl een risicofactor bij de ouder zoals psychische problematiek de effectiviteit van interventies juist verlaagt. Het blijkt dus eenvoudiger om een gedesorganiseerde gehechtheid te voorkomen als het 'probleem' bij het kind ligt, en ouders relatief goed functioneren en geen psychische problematiek hebben. Dit laatste wordt genuanceerd door de meta-analyse van Kersten-Alvarez et al. (2011) waaruit blijkt dat moeders met een depressie wel degelijk profiteren van een interventie gericht op het verhogen van de ouderlijke sensitiviteit. Een studie van Juffer et al. (2005) toont tenslotte aan dat een gedragsinterventie met video-feedback (VIPP-SD) effectief is bij adoptiegezinnen: adoptieouders reageerden sensitiever, en er waren minder problematische gehechtheidsrelaties bij de adoptiekinderen.

Conclusies uit de literatuur

Effectiviteit van interventie

Bewijsniveau	Conclusie
⊕⊕⊕⊖ HOOG	Het is aannemelijk dat interventie door getrainde professionals (doorgaans in de vorm van een huisbezoekprogramma met videofeedback) de ouderlijke sensitiviteit kan verbeteren.

Overwegingen

Bij aanhoudende spanning in de ouder-kind interactie en in de opvoeding bepaalt de JGZ professional, op basis van de geïnventariseerde beschermende en belemmerende factoren in het gezin, in samenspraak met de ouders de te nemen vervolgstappen (indien nodig in een extra contactmoment). Als de ouders relatief goed functioneren, maar problemen hebben met sensitief opvoeden of met grenzen stellen, dan krijgen zij begeleiding aangeboden in de vorm van een video-interventieprogramma in de JGZ. Ouders of jeugdigen die tot een risicogroep behoren krijgen een geïndiceerde interventie in de JGZ aangeboden, zoals Stevig Ouderschap of VoorZorg voor kwetsbare (aanstaande) ouders. Deze interventies, de doelgroep en het onderzoek ernaar worden hieronder beschreven. Ouders kunnen daarnaast gebruik maken van opvoedondersteuning door de JGZ (zie [JGZ richtlijn Opvoedondersteuning](#)). Bij aanhoudende, ernstige problematiek of als 'lichte' hulp door de JGZ onvoldoende blijkt, kan worden verwezen naar meer intensieve hulp buiten de JGZ.

Effectieve JGZ interventies

Er is een gevarieerd aanbod van (universele) interventies, bedoeld om de ouder-kindrelatie te verstevigen, die ook toepasbaar zijn in de JGZ. Interventies richten zich vooral op de periode tijdens de zwangerschap en het eerste jaar na de geboorte. Wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van deze interventies ontbreekt echter veelal. Het aanbod aan JGZ interventies voor gezinnen die tot een risicogroep behoren zoals kwetsbare moeders, laagopgeleide ouders of gezinnen met een risico op kindermishandeling is, is groter en beter onderzocht. Voor drie JGZ-interventies zijn er volgens de erkenningscommissie "Effectieve Jeugdinterventies" van het NJi "*aanwijzingen voor effectiviteit*":

VoorZorg, Stevig Ouderschap en VIPP-SD, waarbij alle drie de interventies een bredere focus hebben dan de ouder-kindrelatie. Voor Triple P niveau 4 en 5 ziet de erkenningscommissie “*eerste aanwijzingen voor effectiviteit*” voor de groeps- en individuele variant. De online en de zelfhulp-variant vindt de commissie onvoldoende onderbouwd waardoor deze op dit moment niet wordt erkend.

Video-feedback

De **VIPP-SD** (1-6 jaar) (Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline; Bakermans - Kranenburg et al., 2015; Juffer et al., 2008) beoogt sensitiviteit en disciplineringsstrategieën van de ouder te verbeteren, met als einddoel het bevorderen van positieve interacties tussen opvoeder en kind, en het voorkomen of verminderen van gedragsproblemen bij jonge kinderen. De interventie bevat zes huisbezoeken (door een gecertificeerde VIPP-SD ondersteuner) waarbij ouders positieve feedback krijgen op gefilmde interacties. De interventie is inmiddels uitgebreid onderzocht in twaalf RCTs in Nederland en diverse andere landen (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2017). Uit het onderzoek komen *sterke aanwijzingen* naar voren dat de interventie positieve effecten heeft op zowel doelen op kindniveau als op ouder niveau.

Net als bij de VIPP-SD is **Kortdurende video-hometraining** (K-VHT) gebaseerd op het principe van video-interactie begeleiding, waarbij het gewenste gedrag van de ouder bekrachtigd wordt door het uit te vergroten. Kortdurende video-hometraining wordt ingezet (door getrainde jeugdverpleegkundigen) bij ouders met kinderen in de leeftijd van nul tot vier jaar oud, die spanning ervaren in de opvoeding. Er zijn diverse studies uitgevoerd die kleine effecten laten zien (Fukink, 2008; 2010; 2011). In de databank “Effectieve Jeugdinterventies” van het NJi is de interventie aangemerkt als ‘*goed onderbouwd*’, maar er zijn (nog) geen aanwijzingen voor effectiviteit gevonden.

Opvoedondersteuning

Triple P: Positief Pedagogisch Programma niveau 4 en 5 (2-16 jaar) is een oudertraining gericht op het voorkomen of verminderen van milde tot ernstige emotionele en gedragsproblemen bij kinderen in de leeftijd van twee tot zestien jaar. Triple P niveau 4 omvat zeventien opvoedstrategieën waarmee ouders kunnen werken aan een goede band met hun kind, wenselijk gedrag kunnen stimuleren, nieuwe vaardigheden en gedrag kunnen aanleren, en leren omgaan met ongewenst gedrag. Elke sessie bestaat uit een combinatie van informatieoverdracht, opdrachten uit het werkboek, modeling en video-instructie, en het toepassen van opvoedstrategieën in een rollenspel. De interventie bestaat uit acht tot tien sessies, bij voorkeur in een wekelijkse frequentie. Het aanvullende niveau 5 is gericht op het opheffen van belemmerende factoren in het gezin, zoals persoonlijke problemen of relatieproblemen, zodat ouders de geleerde strategieën effectief kunnen toepassen.

Geïndiceerde programma's met een brede focus

Stevig Ouderschap (0-2 jaar) is een interventie die zich richt op gezinnen met verhoogd risico, dat omschreven wordt als: belastende voorgeschiedenis, persoonlijke problemen, onvoldoende steunende context en/of verzwaarde opvoeding (Bouwmeester-Landweer, 2008). Tijdens zes tot tien huisbezoeken besteedt de jeugdverpleegkundige aandacht aan de beleving van het ouderschap en de sociale steun voor het gezin. In diverse procesevaluaties en een RCT is aangetoond dat de interventie het risico op kindermishandeling vermindert, de effecten zijn het grootst in gezinnen met een eerste kind en met veel problemen.

Recent is het programma doorontwikkeld naar **Stevig Ouderschap Prenataal** waarbij een getrainde jeugdverpleegkundige twee tot vier huisbezoeken aflegt tijdens de zwangerschap (vanaf 16 weken) om met aanstaande ouders te praten over de verwachtingen en uitdagingen van het aanstaande ouderschap. Na de bevalling zijn zes tot tien huisbezoeken waarin o.a. verwachtingen en beleving van het ouderschap en de sociale steun voor het gezin aan de orde komen.

VoorZorg (-9 maanden – 2 jaar) is een huisbezoekprogramma voor jonge, laagopgeleide zwangere vrouwen met een eerste kind en diverse problemen (Mejdoubi, 2014). De jeugdverpleegkundige brengt zo'n 64 huisbezoeken (vanaf halverwege de zwangerschap tot twee jaar) om de gezondheid, de ontwikkeling van het kind en de opvoedingsvaardigheden van de moeder te verbeteren. Einddoel is het terugdringen van het risico op kindermishandeling. Een RCT liet positieve effecten zien: in de VoorZorg-groep kwam minder mishandeling en huiselijk geweld voor en was de leefstijl van de moeders gezonder (minder roken, langer borstvoeding).

Goed onderbouwde initiatieven

Onderstaande interventies zijn in de databank "Effectieve Jeugdinterventies" van het NJi aangemerkt als 'goed onderbouwd', maar er zijn (nog) geen aanwijzingen voor effectiviteit:

- **Zwanger, bevallen, een kind** (ZBK; vanaf 20 weken zwangerschap)) is een preventieve interventie bedoeld voor alle zwangeren en hun partners (of nauw betrokken belangrijke anderen) vanaf 20 weken zwangerschap. Het programma bestaat uit 10 bijeenkomsten waarin zwangerschapsbegeleiding en voorbereiding op het ouderschap centraal staan. Er is een procesevaluatie gedaan naar de uitvoering van de cursus onder ouders en docenten, waarna de cursus is aangepast. Er is ook een korte variant beschikbaar van ZBK met twee bijeenkomsten over de band met je baby en de voorbereiding op het ouderschap.
- De **cursus 'Een kindje krijgen'** (ontwikkeld door St. Babywerk; vanaf 20 weken zwangerschap) is een digitaal programma (gebaseerd op de cursus Zwanger, Bevallen, een Kind), dat geschikt is voor ouders met een lage SES of een laag opleidingsniveau. Doel is de gezonde ontwikkeling van het kind te stimuleren door bij ouders prenatale stress en angst weg te nemen en door geloof in eigen kunnen, sociale steun en gezondheidsvaardigheden te stimuleren.
- **Shantala Babymassage** (1,5 – 6 maand) (individueel) bestaat uit een drietal huisbezoeken waarin de jeugdverpleegkundige de moeder aanleert om haar eigen baby te masseren. Daarnaast worden thema's rond opvoeding en verzorging van de baby besproken zoals huilen en communicatie. De interventie is bedoeld voor moeders die een risico hebben op laag sensitief opvoedgedrag met een baby van zes weken tot negen maanden oud. De focus van de cursus ligt op het vergroten van de sensitiviteit van de moeder en het verbeteren van het contact tussen de moeder en de baby.
- **CenteringPregnancy™** combineert individuele medische zorg met de kracht van groepsbijeenkomsten, met als doel goede fysieke en psychosociale gezondheid van moeder en kind en positieve ervaringen met de zorg rondom zwangerschap en bevalling. Zwangeren volgen bij de verloskundige tien bijeenkomsten, samen met andere zwangeren die in dezelfde periode zijn uitgerekend. Daarin zijn de individuele medische controles opgenomen, maar is ook specifiek aandacht voor het leren van elkaar, community building en onderlinge steun en

empowerment. De zorgverlener heeft daarbij een faciliterende rol. Onderzoek laat zien dat de werkwijze goed uitvoerbaar is en dat deelnemers en zorgverleners enthousiast zijn.

Practice-based initiatieven voor kinderen tot 12 jaar

Onderstaande interventies worden in de praktijk gebruikt, maar zijn niet opgenomen in de databank "Effectieve Jeugdinterventies" van het NJI:

– **Het gebruik van een draagdoek** (geen vooropgestelde leeftijdsgrenzen)

Een draagdoek of ergonomisch draagsysteem is niet alleen een praktisch hulpmiddel voor ouders, maar de draagdoek kan ook een rol spelen bij het ontwikkelen van responsief ouderschap. Het kind is tijdens het dragen dicht bij de ouder, waardoor signalen van het kind sneller gezien en herkend kunnen worden. Er is sprake van huid-op-huidcontact, wat bij kan dragen aan een goede gehechtheidsrelatie en een positief effect heeft op het welzijn van ouder en kind.

Dragen kan daarnaast ook worden ingezet om ouder(s) en kind extra te ondersteunen bij:

- een voorkeurshouding, reflux of familiale belasting voor heupdysplasie.
- het kalmeren van een onrustige/huilende baby
- het bevorderen van borstvoeding bijv. bij premature/dysmature baby's

Dragen kan door middel van elastische doeken, geweven doeken, ringslings en voorgevormde ergonomische dragers. Hierin wordt het jonge kind rechtop gedragen in de spreid-hurkhouding, van knie tot knie en tot in de nek ondersteund, met het gezicht naar de ouder toe. Er is geen maximum leeftijd of gewicht voor het gebruik van de draagdoek. Dragen kan zolang ouder en kind het fijn vinden.

Ouders kunnen een beroep doen op een draagdoekconsulent, voor advies over aanschaf en veilig gebruik van een bij hen en hun kind passend draagsysteem. Wat betreft het verantwoord en veilig dragen gelden onder andere de volgende voorwaarden:

- goed aangespannen en niet te laag dragen.
- ten alle tijde zicht op je kind; het kind mag niet volledig met de doek bedekt zijn.
- rechtop (zoals hierboven beschreven) en niet in wieghouding (liggend) dragen.

Zie ook: <https://draagdoekconsulenten.nl/veilig-dragen/>

De Vereniging van Draagdoekconsulenten (VDC) is de Nederlandse beroepsvereniging, waarbij de aangesloten leden voldoen aan minimumeisen met betrekking tot vooropleiding en bijscholingen.

– **Prenatale huisbezoeken/contacten door de JGZ** (Vink et al., 2013) betreffen alle contacten die een jeugdverpleegkundige met aanstaande ouders tijdens de zwangerschap heeft om hen te begeleiden naar het aanstaande ouderschap en een optimale start met hun kind. Ouders worden aangemeld door een verloskundige of andere zorgverlener, omdat er dreigende problemen voor het kind of gezin aanwezig zijn. De werkwijze is dat de verloskundige eerst met de aanstaande ouders(s) de zorgen om het ongeboren kind deelt, en de ouders wijst op de mogelijkheid van een prenataal huisbezoek. Gezamenlijk worden enkele aandachtspunten waar het gezin aan wil werken genoteerd. Dan wordt het gezin aangemeld bij de JGZ en kan de jeugdverpleegkundige een huisbezoek brengen. De prenatale huisbezoeken zijn geëvalueerd in twee regio's van Nederland. Zowel ouders als zorgverleners oordelen positief. Ouders en jeugdverpleegkundigen vinden het prettig om voor de geboorte al kennis te maken, en

verloskundigen ervaren dat ze ontlast worden van de zorg rond psychosociale problemen in aanstaande gezinnen. De werkwijze wordt vanaf 2021 landelijk geïmplementeerd.

- Het **eengespreksmodel** (0-1 jaar) is een werkwijze waarmee een JGZ professional tijdens de eerste reguliere contactmomenten de ouder-kindrelatie bespreekbaar kan maken met ouders (Kuipers, 2015). Professionals worden getraind om de beginnende ouder-kindrelatie te observeren aan de hand van vijf dimensies, waarbij veel aandacht besteed wordt aan mogelijke belemmeringen zoals veel huilen, een zware bevalling of stress door de combinatie werk en ouderschap. Uniek aan de werkwijze is dat de JGZ professional tijdens het contactmoment een gesprek aanbiedt om de ouder te ondersteunen: het ééngespreksmodel, en dat de methodiek al direct na de geboorte ingezet kan worden. Doel van het ééngespreksmodel is dat ouder en kind weer een nieuwe, positieve start met elkaar gaan maken, en dat de ouder wordt versterkt in zijn/haar competentie als ouder. De werkwijze is op procesniveau geëvalueerd bij JGZ Envida in Zuid Limburg en zowel JGZ professionals als ouders zijn enthousiast over de methodiek.
- **Theraplay** (Booth & Jernberg, 2009) is een speltherapie voor kinderen (0-12 jaar) met hechtingsproblemen, bij pleeg- of adoptiegezinnen, in opvanghuizen en psychiatrische klinieken. Ook geschikt voor kinderen in instellingen waar geen ouders (meer) beschikbaar zijn. De therapeut begeleidt ouder en kind door middel van speelse en verzorgende activiteiten. Door op deze manier met elkaar bezig te zijn, leren ouders anders kijken naar hun kind en krijgen ze handvatten om hun gedrag goed af te stemmen op hun kind. Het helpt het kind om zich veilig te voelen; hij/zij voelt zich verzorgd, verbonden en de moeite waard. Er is nog geen Nederlands onderzoek gedaan naar Theraplay.

Verwijzen voor meer intensieve hulp

Als de ouder-kindrelatie problematisch verloopt (d.w.z. er zijn één of meerdere aanhoudende problemen op het gebied van gedragsregulatie zoals huilen, eten, slapen en de communicatie tussen het kind en de ouder verloopt problematisch) en er bij de ouders sprake is van aanhoudende ongerustheid en/of overbelasting (bijvoorbeeld: uitputting, onzekerheid, gevoel van falen, prikkelbaarheid of ontkenning van problematiek), is een directe verwijzing van de ouder of jeugdige naar een programma of interventie buiten de JGZ voor meer intensieve hulp aangewezen (zie [Thema 4](#)). Ook wanneer het gezin onvoldoende heeft aan begeleiding door de JGZ kan verwezen worden naar andere hulp.

Voorbeelden van interventies zijn:

- In pleeg- en adoptiegezinnen is het risico op een verstoorde ouder-kindrelatie door de vaak traumatische voorgeschiedenis van het kind groter dan in andere gezinnen. Voor deze gezinnen is er bijvoorbeeld de Pleegouder-Pleegkind (PIPA) interventie (de Zeeuw et al., 2013) die alleen buiten de JGZ aangeboden wordt.
- Bij moeders met een depressie is het risico op verstoringen in de ouder-kindrelatie groot. Voor moeders met een depressie is de Ouder-baby interventie (in de GGZ) een goede mogelijkheid. Dit betreft de gewone Kortdurende Video Home training aangevuld met psycho-educatie ontwikkeld door het Trimbos instituut.
- Als er sprake is van problemen in de gehechtheidsrelatie en/of trauma is verwijzing naar specialistische jeugdzorg nodig voor behandelingen zoals EMDR.

- Bij chronische stress zoals lichamelijke en emotionele verwaarlozing, mishandeling in de thuissituatie is een verwijzing naar intensieve gezinsbegeleiding veelal nodig.

In [Bijlage 3.2](#) is een overzicht te vinden van het aanbod van interventies buiten de JGZ.

Referenties

1. Bakermans-Kranenburg, M.J., IJzendoorn, M.H. van, & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
2. Bakermans-Kranenburg, M.J., IJzendoorn, M.H. van, & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216.
3. Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F. & Van IJzendoorn, M.H. (2015). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving "VIPP-SD". Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.
4. Barlow, J., Schrader- McMillan, A., Axford, N., Wrigley, Z., Sonthalia, S., Wilkinson, T., ... & Coad, J. (2016). Attachment and attachment- related outcomes in preschool children—a review of recent evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(1), 11-20.
5. Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2009). Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play. John Wiley & Sons.
6. Bouwmeester-Landweer, M. B. (2008). Stevig Ouderschap. *Tijdschrift Voor Jeugdgezondheidszorg*, 40(3), 59.
7. Branje, S. J., van Doorn, M., van der Valk, I., & Meeus, W. (2009). Parent–adolescent conflicts, conflict resolution types, and adolescent adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(2), 195-204.
8. Facompré, C. R., Bernard, K., & Waters, T. E. (2018). Effectiveness of interventions in preventing disorganized attachment: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 30(1), 1-11.
9. Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904-916.
10. Fukkink, R. G., Trienekens, N., & Kramer, L. (2010). Video-feedback in opleiding en training: Leren in beeld gebracht. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
11. Fukkink, R. G., Trienekens, N., & Kramer, L. J. (2011). Video feedback in education and training: Putting learning in the picture. *Educational Psychology Review*, 23(1), 45-63.
12. Gezondheidsraad (2018). De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's. Den Haag: Gezondheidsraad.
13. Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2008). Promoting positive parenting: An attachment-based intervention. New York: Lawrence Erlbaum/Taylor & Francis.
14. Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & IJzendoorn, M.H. van (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263-274.
15. Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2017). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD): Development and meta-analytical evidence of its effectiveness. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Handbook of attachment-based interventions*. New York: Guilford
16. Kersten- Alvarez, L. E., Hosman, C. M., Riksen- Walraven, J. M., Van Doesum, K. T., & Hoefnagels, C. (2011). Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 362-376.
17. Kuipers, P. (2015). Eerste hulp bij hechting: taal voor ouders en hun jonge kind. *De Tijdstroom*.
18. Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C., van Leerdam, F. J., Crone, M., Crijnen, A., & HiraSing, R. A. (2014). Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: a randomized controlled trial. *Midwifery*, 30(6), 688-695.

19. Mountain, G., Cahill, J., & Thorpe, H. (2017). Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis. *Infant Behavior and Development*, 46, 14-32.
20. Polderman, N. (2016). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Basic Trustmethode'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.
21. Schoemaker, N. K., Wentholt, W. G. M., Goemans, A., Vermeer, H. J., Juffer, F., & Alink, L. R. A. (2019). A meta-analytic review of parenting interventions in foster care and adoption. *Development and Psychopathology*. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000798>
22. Vink, R., van Sleuwen, B., & Boere-Boonekamp, M. (2013). Evaluatie prenatale huisbezoeken JGZ. Leiden: TNO.
23. Wolff, M.S. de, Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P.S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2019). Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
24. Wright, B., Hackney, L., Hughes, E., Barry, M., Glaser, D., Prior, V., ... & Garside, M. (2017). Decreasing rates of disorganised attachment in infants and young children, who are at risk of developing, or who already have disorganised attachment. A systematic review and metanalysis of early parenting interventions. *PloS one*, 12(7), e0180858.
25. Zeeuw, de M., Brok, C., & Andel, H. W. H. van (2013). Pleegouder-Pleegkind Interventie. Handboek voor pleegzorgmedewerkers & werkboek voor pleegouders. Deventer: Dimence

Thema 4: Samenwerken

Om te kunnen komen tot goede samenwerking en afstemming is het van belang dat JGZ professionals op de hoogte zijn van de taken en rollen van andere professionals en organisaties rond het thema ouder-kindrelatie.

Aanbevelingen

1. JGZ professionals zetten zich in voor een goede samenwerking met ketenpartners in (onder andere) geboortezorg, kinderopvang en onderwijs rond het thema ouder-kindrelatie. Er is sprake van een goede samenwerking (NCJ, 2016) wanneer:
 - je als professional zorgt voor goede bereikbaarheid
 - er concrete afspraken zijn gemaakt over doorverwijzen, terugkoppeling, gegevensuitwisseling en bereikbaarheid
 - je als professional regelmatig overlegt met de samenwerkingspartner, ook over de samenwerking
2. Uitwisseling van informatie en gegevens gebeurt binnen de wettelijke kaders voor gegevensuitwisseling en privacy.

Uitgangsvragen

Welke afspraken kunnen JGZ professionals met voor de ouder-kindrelatie relevante zorgprofessionals maken over kennis- en informatiedeling rond verwijzing en nazorg?

Methode

Dit thema is gebaseerd op bestaande rapporten en websites, en de mening van de werkgroepleden (expert opinion).

Onderbouwing

N.v.t.

Overwegingen

Het belang van samenwerken

In de eerste duizend dagen van een kind (van conceptie tot twee jaar) wordt de basis gelegd voor de lichamelijk, emotionele en psychische gezondheid van een kind. De eerste twee jaar van de kindertijd zijn van grote invloed op het gedrag, het leervermogen, de gezondheid en het welzijn van mensen op latere leeftijd. De afgelopen jaren neemt de kennis over en de aandacht voor het belang van deze periode toe. Het actieprogramma Kansrijke Start richt zich op de eerste duizend dagen van kinderen, met name van kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. In dit actieprogramma worden onder andere de volgende doelen gesteld:

- Beter problemen (ook niet-medische) signaleren bij (aanstaande) kwetsbare gezinnen;
- Eerder de juiste hulp voor meer aanstaande kwetsbare ouders;
- Zorgen dat meer kwetsbare ouders toegerust zijn voor het ouderschap en de opvoeding.

Om deze doelen te bereiken is integrale samenwerking nodig tussen alle betrokken professionals, en dat gaat verder dan medische zorg en ondersteuning. Zorg en ondersteuning zijn vaak pas effectief

als omgevingsfactoren (sociaal, maatschappelijke stressoren), ouderfactoren (medisch, psychisch en sociaal) en kindfactoren (medisch en psychisch) tegelijkertijd worden aangegrepen.

Betrokkenen

Kenmerkend voor de JGZ professional is zijn/haar integrale visie, dat wil zeggen: de JGZ professional kijkt niet alleen naar lichamelijke, psychische en sociale aspecten van het kind, maar ook naar het sociale en fysieke leefmilieu van het kind. De JGZ werkt samen met andere professionals die betrokken zijn bij het kind en/of zijn leefomgeving, bijvoorbeeld de curatieve gezondheidszorg, het sociale wijkteam, de jeugdhulpverlening en het onderwijs. De volgende professionals, organisaties, hulpverleners en vrijwilligers kunnen betrokken zijn bij de signalering, begeleiding, diagnostisering en behandeling rond het thema ouder-kindrelatie.

(Para)medische zorg

(Para)medici kunnen vanuit hun contacten met ouders en jeugdigen een rol spelen in het signaleren van aanwezige risico- en beschermende factoren en (vermoedens van) problemen in de ouder-kindrelatie, en kunnen deze met ouders bespreken en in samenspraak met ouders en jeugdigen de te nemen vervolgstappen bepalen.

- Het JGZ-team versterkt en ondersteunt ouders bij het opbouwen en onderhouden van een gezonde relatie met hun kind. Dit zijn: de jeugdarts, de verpleegkundig specialist, de jeugdverpleegkundige en de doktersassistent. Tevens kunnen er bijvoorbeeld werkzaam zijn: gedragswetenschapper, (ortho)pedagoog of pedagogisch medewerker, opvoedadviseur, logopedist en soms voorlichters eigen taal en cultuur.
- De huisarts/praktijkondersteuner huisarts (POH): biedt laagdrempelige, generalistische zorg en fungeert als een eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. Vanuit hun positie als gezinsarts kunnen huisartsen optreden bij vermoedens van kindermishandeling en huiselijk geweld. Ook rondom (v)echtscheiding en schoolverzuim is samenwerking met de huisarts gewenst. Onderzoek heeft laten zien dat zowel ouders met opvoedproblemen als jongeren met psychosociale problemen aankloppen bij de huisarts (Speetjens, et al., 2009).
- De gynaecoloog: biedt medische zorg vóór, tijdens en na de zwangerschap.
- De verloskundig zorgverlener: biedt begeleiding vóór, tijdens en na de zwangerschap.
- De kraamverzorgende: biedt begeleiding, verzorging en advisering aan moeder, pasgeborene en eventueel aan gezinsleden.
- De kinderarts: biedt medische zorg aan jeugdigen 0-18 jaar.

Hulpverlening

Hulpverleners kunnen vanuit hun contacten met ouders en jeugdigen een rol spelen in het signaleren van aanwezige risico- en beschermende factoren en (vermoedens van) problemen in de ouder-kindrelatie, en kunnen deze met ouders bespreken en in samenspraak met ouders en jeugdigen de te nemen vervolgstappen bepalen.

- Jeugd-GGZ: biedt onderzoek en behandeling bij (vermoedens van) gedragsproblemen, ernstige problemen in de ouder-kindrelatie of hechtingsstoornis bij jeugdigen van 0-18 jaar.
- Infant Mental health specialisten (IMH): zelfstandige beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg voor nul tot driejarigen vanuit een multi-theoretische en multimediale optiek werkzaam binnen een multidisciplinaire context. De IMH specialist werkt op het gebied van de psychische

- hulpverlening en preventie bij complexe en/of acute somatische en psychische stoornissen en problemen in de gezondheidszorg van nul tot driejarigen, en bij problematische interacties, met name waar deze belangrijke risico's voor de patiënt en/of zijn gezin en/of leefsysteem impliceren.
- IMH-consulent: dit zijn professionals die vanuit diverse vakgebieden die in het veld van de jeugdzorg werkzaam zijn. Te denken valt aan jeugdverpleegkundigen, spv-ers, logopedisten, orthopedagogen en medewerkers uit een wijkteam. Het signaleren van mogelijke verstoringen in de ontwikkeling en/of ouder-kind relatie staat steeds centraal.
 - POP poli/medisch maatschappelijk werk: biedt onderzoek en behandeling bij sociale en psychiatrische problematiek volwassenen.
 - Jeugdzorg: biedt gespecialiseerde hulp bij opgroei- en opvoedproblemen voor kinderen, jongeren en hun ouders.
 - Zorg voor jeugd met een licht verstandelijke beperking: biedt informatie, advies, onderzoek en begeleiding aan kinderen met een licht verstandelijke beperking en hun ouders.
 - Integrale Vroeghulp: biedt informatie, advies, onderzoek en begeleiding aan kinderen die problemen ondervinden in hun ontwikkeling en hun ouders.
 - Sociale wijkteams: De lokale invulling door gemeente en organisaties verschilt, daardoor kan de doelstelling en functie van het wijkteam ook variëren. Vanuit een integrale aanpak wordt gekeken wat er nodig is voor zorg en ondersteuning voor een bewoner in de wijk. Bij problemen in de ouder-kindrelatie kan een medewerker van het wijkteam het gezin of de jeugdige begeleiding aanbieden en, als de ouders dat willen, zo nodig verwijzen naar specialistische hulp in de vorm van ambulante begeleiding of een interventie. Daarbij wordt altijd gekeken naar wat gezinnen zelf kunnen en waar hulp nodig is.
 - Veilig Thuis: biedt advies en ondersteuning bij en is meldpunt voor (vermoedens van) huiselijk geweld en kindermishandeling.
 - PSHi team: PsychoSociale Hulpverlening bij ingrijpende gebeurtenissen.
 - Pleegzorg: biedt voorlichting, voorbereiding en ondersteunt pleegouders bij de pleegzorg, onderhoudt contact met het pleegkind en de ouders, met de jeugdbeschermer en andere instanties die mogelijk betrokken zijn.
 - Adoptiebegeleiding: biedt voorlichting, voorbereiding en nazorg op het gebied van adoptie.
 - Zelfstandige psychologen en orthopedagogen: bieden onderzoek en behandeling bij (vermoedens van) gedragsproblemen, problemen in de ouder-kindrelatie, problematische gehechtheid of hechtingsstoornis bij jeugdigen van 0-18 jaar. Kunnen hierbij aanwezige belemmerende - en beschermende factoren signaleren, (vermoedens van) problemen in de ouder-kindrelatie signaleren, deze met ouders bespreken en in samenspraak met ouders de te nemen vervolgstappen bepalen.
 - Algemeen maatschappelijk werk: biedt begeleiding bij schuldhulpverlening, relatieproblemen, huisvestingsproblemen, werk en inkomen.

Onderwijs en kinderopvang

Ook professionals en organisaties rond onderwijs en kinderopvang kunnen betrokken zijn, bijvoorbeeld omdat zij risicofactoren of (vermoedens van) problemen in de ouder-kindrelatie signaleren:

- Voorschoolse voorzieningen, zoals medewerkers van peuterspeelzaal of kinderdagverblijf;
- Onderwijs, zoals leerkrachten en intern begeleiders.

- Schoolmaatschappelijk werk: biedt coördinatie en afstemming van hulpverlening in en rondom school.

Informele zorg

Hieronder vallen bijvoorbeeld familie, vrienden, buren en vrijwilligers bij bijvoorbeeld sportclubs en welzijnsorganisaties.

Uitwisseling van informatie en gegevens

Iedere professional die zorg biedt aan cliënten heeft een beroepsgeheim op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG; Art. 88) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO; Art. 7.457 BW). Deze 'zwijgplicht' verplicht de professional om geen informatie over de cliënt aan derden te verstrekken, tenzij de cliënt hem daarvoor toestemming geeft. Met toestemming van de jeugdige en/of ouders (afhankelijk van de leeftijd) mag altijd ter zake overlegd worden door de betrokken professional met relevante andere, externe professionals. Daarbij is het belangrijk dat de jeugdprofessional de jeugdige en de ouders vooraf goed informeert, zodat voor hen duidelijk is waar zij toestemming voor geven. Dat wil niet zeggen dat gegevensuitwisseling met andere professionals alleen maar mogelijk is als de jeugdige en/of ouders (afhankelijk van de leeftijd) expliciet toestemming geven. Bij het beroepsgeheim gaat het om geheimhouding waar mogelijk, en zorgvuldige doorbreking van het geheim waar nodig.

Bij de afweging om privacygevoelige informatie zonder toestemming uit te wisselen met andere professionals is het van belang de volgende vragen te beantwoorden:

- Welk doel moet bereikt worden met het geven van de informatie?
- Kan dit doel ook bereikt worden zonder de informatie te verstrekken?
- Is echt al het nodige geprobeerd om toch toestemming te verkrijgen van de gezinsleden?
- Weegt het gevaar of ernstig nadeel bij een van de gezinsleden (een of meer jeugdigen) wel op tegen het belang dat een ander gezinslid bij geheimhouding heeft?
- Wie heeft de informatie echt nodig om het gevaar of het ernstige nadeel voor het gezinslid af te wenden? Welke informatie heeft die professional echt nodig?

Het NCJ heeft voor JGZ professionals een '[Juridische Toolkit](#)' ontwikkeld, deze bevat veel informatie over het omgaan met privacy in de jeugdgezondheidszorg.

Referenties

1. Actieprogramma Kansrijke start:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>
2. [NCJ Factsheet Samenwerking Huisartsen en de JGZ](#): Het beste van twee werelden voor de jeugd.
<https://d1l066c6yi5btx.cloudfront.net/ncj/ncj/docs/7a220f4f-f3cb-4d15-bde0-6e6fb3a4223d.pdf>
3. Speetjens, P., Van der Linden, D., & Goossens, F. (2009). Kennis over opvoeden. De vragen van ouders, het aanbod van de overheid en de mogelijkheden van de markt. Utrecht: Trimbos-instituut.

Totstandkoming

Hieronder beschrijven we kort de totstandkoming van de richtlijn.

Afbakening

De JGZ richtlijn “Ouder-kindrelatie” is ontwikkeld op basis van de knelpuntenanalyse, zoals deze is uitgevoerd door de Argumentenfabriek (2017). Bij de knelpuntenanalyse waren diverse JGZ professionals betrokken. De aldaar geformuleerde uitgangsvragen zijn in deze richtlijnen beantwoord (zie [Box 5.1](#)). De knelpunten bevinden zich op het terrein van het volgen en signaleren, het handelen en het samenwerken.

Box 5.1: Uitgangsvragen die in deze richtlijn zijn beantwoord.

Volgen en signaleren

1. Wat zijn kenmerken van een normale ouder-kindrelatie per ontwikkelingsfase en culturele achtergrond?
2. Wat zijn kenmerken van een verstoorde ouder-kindrelatie per ontwikkelingsfase en culturele achtergrond?
3. Welke gevalideerde vragenlijsten kunnen JGZ professionals tijdens een contactmoment gebruiken om de ouder-kindrelatie ter sprake te brengen?
4. Met welke gesprekstechnieken kunnen JGZ- professionals het gesprek met ouders en jeugdigen op een goede manier voeren?
5. Met welke strategieën kunnen JGZ professionals ingaan op de interactie tussen jeugdigen met hun ouders of omgeving?
6. Met welke strategieën kunnen JGZ professionals de interactie tussen jeugdigen en hun ouders of omgeving zichtbaar maken en hierop ingaan?
7. Met welke instrumenten kunnen JGZ professionals een verstoorde ouder-kindrelatie tijdig signaleren?

Handelen

8. Welke strategieën zijn effectief om ouders en jeugdigen te ondersteunen bij een verstoorde ouder-kindrelatie?
9. Welke effectieve interventies kunnen JGZ professionals inzetten bij een verstoorde ouder-kindrelatie voor verschillende ontwikkelingsfasen van jeugdigen?
10. Op basis van welke criteria moeten JGZ professionals ouders en/of jeugdigen bij een verstoorde ouder-kindrelatie verwijzen naar de eerste- of tweede lijn?
11. Welke actuele kennis hebben JGZ professionals nodig om (aanstaande) ouders en jeugdigen te ondersteunen bij het ontwikkelen en onderhouden van een gezonde ouder-kindrelatie?
12. Met welke meetinstrumenten kunnen JGZ professionals jeugdigen identificeren die risico lopen op een verstoorde ouder-kindrelatie?
13. Welke effectieve interventies kunnen JGZ professionals inzetten bij risicogroepen om ouders te helpen een gezonde relatie met hun kind te ontwikkelen?

Samenwerken

14. Welke afspraken kunnen JGZ professionals met voor de ouder-kindrelatie relevante zorgprofessionals maken over kennis- en informatiedeling rond verwijzing en nazorg?

Werkwijze

Voor de start van het project is een werkgroep samengesteld, deze werkgroep is bij alle fasen van de ontwikkeling van de richtlijn intensief betrokken geweest. Bij de formatie van de werkgroep is gelet op een goede balans tussen wetenschappers, inhoudelijke experts en uitvoerende JGZ professionals. Zie voor de leden van de werkgroep [Tabel 5.2](#).

Tijdens de eerste werkgroepvergadering (9 november 2018) zijn de uitgangsvragen besproken en zo nodig nader gespecificeerd en er werd besloten op welke wijze de uitgangsvragen het beste uitgewerkt kunnen worden (evidence-based, practice-based of gemengd evidence-based/practice-based). Voor alle uitgangsvragen werd gekozen voor een gemengd evidence-based/practice-based uitwerking. Hierna is een systematisch literatuuronderzoek verricht op de uitgangsvragen (zie Verantwoording). TNO heeft de literatuur bestudeerd en samengevat.

Tevens is een klankbordgroep samengesteld. Zie [Tabel 5.3](#) voor de deelnemers aan de klankbordgroep en de meelezers. De klankbordgroep is verantwoordelijk voor het becommentariëren en aanvullen van concepttekst vanuit ieders eigen ervaring en expertise. Het eerste concept van de richtlijn is op 20 januari 2020 voorgelegd aan de RichtlijnAdviesCommissie (RAC) en ZonMw. Naar aanleiding van de feedback op deze conceptversie is in februari 2020 een tweede conceptversie opgesteld. Hierna is gestart met een praktijktest. De conceptrichtlijn is in deze periode ook verspreid voor de landelijke commentaarronde. De feedback die werd verzameld tijdens de praktijktest en landelijke commentaarronde werd gebruikt om de richtlijn bij te stellen.

Na het verwerken van de resultaten van de praktijktest en de landelijke commentaarronde is de richtlijn op 12 november 2020 opnieuw voorgelegd aan de RAC van het NCJ en ZonMw. Ook werden conceptindicatoren ontwikkeld. Het BDS protocol werd aangepast en voorgelegd aan de BDS redactieraad van het NCJ. Ook werd de richtlijn, naar aanleiding van de feedback van de RAC van het NCJ, aangepast. Een herziene conceptversie werd opgesteld en in december 2020 voorgelegd aan de RAC van het NCJ en ZonMw ter autorisatie.

[Tabel 5.2](#): Leden van de werkgroep

Naam	Organisatie	Expertise/rol
Ellen Peerbolte	Thuiszorg West Brabant	Voorzitter
Susan Branje	Universiteit Utrecht	Expert adolescenten
Miriam Gianotten	Landelijke Ouderraad (Ouders & Onderwijs)	Oudervertegenwoordiger
Geja Jol	AJN	Jeugdarts
Janneke Muyselaar	AJN	Jeugdarts
Anneke Kesler	AJN	Jeugdarts
Caroline Penninga	NVO	Orthopedagoog
Nelleke Maas	V&VN	Jeugdverpleegkundige
Yael Meijer	NIP	Voorzitter sectie het Jonge Kind
Renee Uittenbogaard	Basic Trust	Signaleringsinstrumenten
Hedwig van Bakel	Tilburg University	Hoogleraar Infant Mental health
Eva van Meeuwen	VIPP-SD & Training Wijzer in Hechting	Trainer met eigen praktijk
Anja Diepenveen - van der Marel	NVO	Orthopedagogiek
Gea Frikkee	St Opvoeden.nl	Communicatie

[Tabel 5.3](#): Klankbordgroep

Naam	Organisatie	Expertise
Pauline Kuipers	Stichting Kinderleven	Eigenaar van methodiek 'eengespreksmodel'

Femmie Juffer	Universiteit Leiden, afdeling Algemene Pedagogiek	Hoogleraar Adoptie
Joke van Wieringen	PHAROS	Adviseur
Carlijn Sturm	GGD Hart voor Brabant	Jeugdarts KNMG
Margreet de Ruijter	GGD Nijmegen/NCJ	Stafverpleegkundige en docent bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en bij de AVANS+ Postbachelor Jeugdverpleegkundige

Participatie van ouders en jeugdigen

- In de werkgroep is een oudervertegenwoordiger opgenomen.
- Tijdens de praktijktest is middels een vragenlijst aan 15 jongeren gevraagd met wie zij zouden gaan praten als het thuis niet goed gaat of als zij zich ongelukkig voelen. De meerderheid (87%) van de jongeren gaf aan wel naar een gesprek te gaan als zij een oproep krijgen van een jeugdverpleegkundige. Van de deelnemers vindt 40% (n=6) het prima als de mentor naar de thuissituatie vraagt, 40% (n=6) vindt het soms wel/soms niet prima, 13% (n=2) vindt het meer iets voor zichzelf.

Referenties

1. Argumentenfabriek. Knelpuntenanalyses jeugdgezondheidszorg. Augustus 2017.

Verantwoording

Bij de ontwikkeling van de richtlijn werd gestart met een systematisch literatuuronderzoek. Gevonden artikelen werden vervolgens beoordeeld op relevantie en methodologische kwaliteit. Overige overwegingen om tot de aanbevelingen te komen waren onder meer de ervaring van de leden van de werkgroep en klankbordgroep en de toepasbaarheid in de JGZ-praktijk. Dit proces wordt hieronder beschreven.

Systematische zoekacties

Om op een gestructureerde manier bewijs te verzamelen zijn de uitgangsvragen waarvoor bewijs uit de literatuur moet worden verzameld omgevormd tot PICO uitgangsvragen (Heneghan, 2006). Hierbij wordt achtereenvolgens het volgende expliciet gemaakt: P = problem, I = intervention, C = comparison, O = outcome. De volgende PICO-uitgangsvragen zijn gehanteerd als basis voor het literatuuronderzoek:

PICO 1:

Beschrijf de vraag volgens de PICO-systematiek	<p>Welke (gevalideerde) instrumenten en strategieën kunnen JGZ-professionals gebruiken om de ouder-kindrelatie ter sprake te brengen en een eventuele verstoring te signaleren?</p> <p>Problem: Er zijn verschillende instrumenten en strategieën om de ouder-kindrelatie ter sprake bij de contactmomenten in de JGZ. Intervention: Toepassing van instrument < naam instrument >. Comparison: Geen toepassing van instrument < naam instrument >. Outcome: Bruikbaarheid voor professional, tevredenheid bij ouder en professional.</p>
Wat is het domein van het probleem?	Prognose
Welke typen onderzoek zijn geschikt voor deze vraagstelling?	Observationeel onderzoek, systematische reviews
Formuleer de inclusiecriteria voor studies	Leeftijd: 0-18 jaar Taal: Nederlands, Engels Publicatie jaar: studies verschenen in de afgelopen 10 jaar (en aanvullende studies includeren via sneeuwbal effect)
Formuleer de exclusiecriteria	Geen
Formuleer de zoektermen om de PICO-vraag te beantwoorden	(insecure, disturbed) Parent-child relations Assessment Parent report Instrument Questionnaires Screening Risk factor
Welke databestanden worden geraadpleegd?	PsychInfo Web of Science Pubmed Cochrane Collaboration

PICO 2:

Beschrijf de vraag volgens de PICO-systematiek	<p>Met welke strategieën kunnen JGZ professionals de interactie tussen jeugdigen met hun ouders of omgeving inzichtelijk/bespreekbaar maken?</p> <p>Problem: Er zijn verschillende strategieën waarmee JGZ professionals de interactie tussen jeugdigen met hun ouders of omgeving in beeld brengen en bespreekbaar maken Intervention: Toepassing van instrument < naam instrument > Comparison: - Outcome: Bruikbaarheid, tevredenheid</p>
Wat is het domein van het probleem?	Diagnose
Welke typen onderzoek zijn geschikt voor deze vraagstelling?	Observationeel onderzoek, systematische reviews
Formuleer de inclusiecriteria voor studies	Leeftijd: 0-18 jaar Taal: Nederlands, Engels Publicatie jaar: studies verschenen in de afgelopen 10 jaar (en aanvullende studies includeren via sneeuwbal effect)
Formuleer de exclusiecriteria	Geen
Formuleer de zoektermen om de PICO-vraag te beantwoorden	Dyadic Parent-child relations Parent-Child Interaction Observation parent-child interaction Assessment Parent report
Welke databestanden worden geraadpleegd?	PsychInfo Web of Science Pubmed Cochrane Collaboration

PICO 3:

Beschrijf de vraag volgens de PICO-systematiek	<p>Welke effectieve interventies zijn bruikbaar in de JGZ om ouders en jeugdigen te ondersteunen bij een verstoorde ouder-kindrelatie?</p> <p>Problem: Er zijn verschillende interventies om ouders en jeugdigen te ondersteunen bij een verstoorde ouder-kindrelatie. Welke is bruikbaar in de JGZ? Intervention: Toepassing van de interventie Comparison: Geen toepassing van de interventie Outcome: Bruikbaarheid, tevredenheid</p>
Wat is het domein van het probleem?	Diagnose
Welke typen onderzoek zijn geschikt voor deze vraagstelling?	Observationeel onderzoek, systematische reviews

Formuleer de inclusiecriteria voor studies	Leeftijd: 0-18 jaar Taal: Nederlands, Engels Publicatie jaar: studies verschenen in de afgelopen 10 jaar (en aanvullende studies includeren via sneeuwbal effect)
Formuleer de exclusiecriteria	Geen
Formuleer de zoektermen om de PICO-vraag te beantwoorden	Parenting intervention Attachment-based intervention parent-child relationships; positive parenting; sensitive parenting; video feedback
Welke databestanden worden geraadpleegd?	PsychInfo Web of Science Pubmed Cochrane Collaboration

De set van artikelen uit de systematische zoekactie is aangevuld met artikelen die via de 'sneeuwbal methode' gevonden zijn en met 'grijze' literatuur. Voor de effectiviteit van interventies is gebruik gemaakt van de databank Effectieve jeugding interventie van het NJi en het thema-dossier 'hechting' van het NCJ.

Graderen van bewijs

Na selectie van de meest relevante literatuur werden de artikelen volgens de GRADE-systematiek beoordeeld op methodologische kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijs (hoog, laag, zeer laag), waarbij afwaardering nodig kan zijn vanwege een hoog risico op vertekening, inconsistentie, 'indirectheid' of onnauwkeurigheid. Opwaardering vindt plaats bij een groot effect, een dosis-respons relatie en als alle plausibele 'confounding' een effect zou kunnen reduceren of een tegenovergesteld effect zou kunnen produceren. De conclusies in deze richtlijn zijn vervolgens getrokken op basis van alle relevante studies samen ('body of evidence'), waarbij volgens de GRADE-systematiek de minst krachtige studie het bewijsniveau bepaald.

GRADE-methode

GRADE is een methode die voor interventievragen per uitkomstmaat een gradering aan de kwaliteit van bewijs toekent op basis van de mate van vertrouwen in de schatting van de effectgrootte (Guyatt, 2008). Een belangrijk verschil tussen GRADE en andere beoordelingssystemen (bijvoorbeeld het niveau I-IV systeem of A1-D systeem) is dat GRADE niet alleen kijkt naar het studie-design maar ook andere factoren overweegt die de kwaliteit van bewijs bepalen. Voor vragen over risicofactoren, waarde van signaleringsinstrumenten, etiologie of prognose kan GRADE (nog) niet gebruikt worden. Omdat dit in preventieve richtlijnen de meeste vragen zich op dat laatste terrein bevinden kan de GRADE-methode meestal niet als zodanig toegepast worden, wel wordt de GRADE-systematiek gehanteerd.

Indeling van de kwaliteit van bewijs of mate van zekerheid ten aanzien van de effectgrootte voor een uitkomstmaat volgens GRADE:

Mate van zekerheid effectgrootte	Omschrijving
Groot	Het werkelijke effect ligt dicht in de buurt van de schatting van het effect.
Matig	Het werkelijke effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
Laag	Het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.

Zeer laag	Het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.
------------------	---

De kwaliteit van bewijs of mate van zekerheid ten aanzien van de effectgrootte wordt bepaald op basis van de volgende criteria:

Type bewijs	RCT start in de categorie 'hoog'. Observationele studie start in de categorie 'laag'. Alle overige studietypen starten in de categorie 'zeer laag'.	
Afwaarderen	'Risk of bias'	- 1 Ernstig - 2 Zeer ernstig
	Inconsistentie	- 1 Ernstig - 2 Zeer ernstig
	Indirect bewijs	- 1 Ernstig - 2 Zeer ernstig
	Onnauwkeurigheid	- 1 Ernstig - 2 Zeer ernstig
	Publicatiebias	- 1 Waarschijnlijk - 2 Zeer waarschijnlijk
Opwaarderen	Groot effect	+ 1 Groot + 2 Zeer groot
	Dosis-respons relatie	+ 1 Bewijs voor gradiënt
	Alle plausibele confounding	+ 1 zou een effect kunnen reduceren + 1 zou een tegengesteld effect kunnen suggereren terwijl de resultaten geen effect laten zien

Van bewijs naar aanbevelingen

De aanbevelingen in deze richtlijn geven antwoord op de uitgangsvragen en zijn zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Voor het formuleren van aanbevelingen zijn naast de kracht van het wetenschappelijk bewijs andere aspecten van belang, waaronder de ervaring van de leden van de werkgroep en klankbordgroep, voorkeuren van jongeren en ouders, kosten, beschikbaarheid, randvoorwaarden of organisatorische aspecten. Dergelijke afwegingen worden opgenomen in de paragraaf 'overige overwegingen'. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Een lage bewijskracht van de conclusies in het systematische literatuuronderzoek sluit een sterke aanbeveling daarom niet uit, en bij een hoge bewijskracht zijn ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De uiteindelijk geformuleerde aanbeveling is het resultaat van het beschikbare bewijs in combinatie met de overige overwegingen.

Tijdens de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

Kennislacunes

- De samenhang tussen het geven van borstvoeding en de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is gecompliceerd, onderzoeksresultaten geven een wisselend beeld.
- Er zijn in de literatuur geen geschikte instrumenten gevonden waarmee de JGZ professional verstoring van de gehechtheidsrelatie betrouwbaar kan signaleren.

Belangenverstrengeling

Geen gemeld.

Referenties

1. Heneghan, C. and Badenoch, D. (2006). Evidence-Based Medicine Toolkit, 2nd Ed. Wiley Blackwell.
2. Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*, 336(7650), 924-926.