

# JGZ richtlijn Ouder-kindrelatie

## **Colofon**

Autorisatie: [datum], inhoudelijk door de AJN, V&VN vakgroep jeugd en NVDA; randvoorwaardelijk door ActiZ en GGD GHOR Nederland

Publicatiedatum: [datum]

Richtlijnontwikkelaar: TNO

Auteurs: Marianne de Wolff en Caren Lanting

De ontwikkeling van deze richtlijn is gefinancierd door ZonMw.

## INHOUD

<b>Inleiding</b>	3
<b>Leeswijzer</b>	4
<b>Thema 1: Introductie ouder-kindrelatie</b>	5
<b>Kernpunten “Introductie ouder-kindrelatie”</b>	5
<b>Begrippen</b>	6
<b>Normale ontwikkeling</b>	8
Ontwikkelingsfasen	9
Opgroeien bij een niet-biologische ouderfiguur	13
Culturele verschillen	13
<b>Continuüm van veilig naar onveilig</b>	14
Veilige gehechtheidrelatie	14
Onveilige gehechtheidsrelatie	14
Verstoorde of problematische ouder-kindrelatie	15
Hechtingsstoornis	15
<b>Referenties</b>	16
<b>Thema 2: Signaleren en ondersteunen</b>	20
<b>Aanbevelingen</b>	20
<b>Uitgangsvragen</b>	25
<b>Methode</b>	25
<b>Kwaliteit van bewijs</b>	26
<b>Onderbouwing</b>	27
Beschermende en belemmerende factoren	27
Instrumenten	30
<b>Conclusies uit de literatuur</b>	32
<b>Overwegingen</b>	32
Preventie	32
Signaleren	33
Bespreken	34
Ondersteunen	35
<b>Thema 3: Begeleiden en verwijzen</b>	41
<b>Aanbevelingen</b>	41
<b>Uitgangsvragen</b>	41
<b>Methode</b>	41
<b>Kwaliteit van bewijs</b>	42

<b>Onderbouwing</b>	42
<b>Conclusies uit de literatuur</b>	43
<b>Overwegingen</b>	43
Effectieve JGZ-interventies	43
Verwijzen voor meer intensieve hulp	46
<b>Referenties</b>	47
<b>Thema 4: Samenwerken</b>	50
<b>Uitgangsvragen</b>	50
<b>Methode</b>	50
<b>Onderbouwing</b>	50
<b>Overwegingen</b>	50
Het belang van samenwerken	50
Betrokken professionals	51
Gegevensuitwisseling	53
<b>Referenties</b>	54
<b>Totstandkoming</b>	55
Afbakening	55
Werkwijze	56
Participatie van ouders en jeugdigen	57
<b>Referenties</b>	57
<b>Verantwoording</b>	58
Systematische zoekacties	58
Graderen van bewijs	60
Van bewijs naar aanbevelingen	61
Kennislacunes	61
Belangenverstrengeling	61
<b>Referenties</b>	61

## Inleiding

De ouder-kindrelatie vormt de basis voor de ontwikkeling van een kind: zowel in sociaal-emotioneel als in cognitief opzicht zijn kinderen met een goede ouder-kindrelatie beter af dan kinderen waarbij de relatie is verstoord. Vroeg signalering van verstoringen in de ouder-kindrelatie is van groot belang aangezien dit kan leiden tot ontwikkelingsproblematiek, 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, verstoringen te signaleren en ouders te ondersteunen in hun ouderrol. Maar de ouder-kindrelatie is ook een gevoelig thema. Het vraagt veel deskundigheid van professionals om de ouder-kindrelatie op een passende wijze bespreekbaar te maken.

Deze richtlijn geeft handvatten voor het handelen van JGZ professionals tijdens contacten met individuele 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 uitgevoerd door de Argumentenfabriek in 2017. Deelnemers aan deze knelpuntenanalyse hebben knelpunten geïdentificeerd en 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 kennis verzameld, die in deze richtlijn wordt beschreven.

Deze richtlijn sluit 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) , "Kindermishandeling" (2016), en "Voeding en eetgedrag" (2013, aangepast in 2017).

De Richtlijn Advies Commissie (RAC) heeft de richtlijn op <datum> 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.

Voor deze richtlijn is de standaard herzieningstermijn van vijf jaar van toepassing.

## Leeswijzer

Deze richtlijn beschrijft in [Thema 1](#) <LINK> hoe de ouder-kindrelatie zich doorgaans ontwikkelt. Tevens wordt beschreven wat de kenmerken zijn van een verstoorde of problematische ouder-kindrelatie. De informatie in dit thema omvat de achtergrondkennis die nodig is voor het adequaat gebruik van deze richtlijn.

[Thema 2](#) <LINK> 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.

In [Thema 3](#) <LINK> staat het handelen van de JGZ professional centraal: wat kan de JGZ professional doen bij een meer onveilige of verstoorde/problematische relatie en wanneer is meer intensieve zorg buiten de JGZ nodig? In dit Thema wordt ook een overzicht gegeven van de huidig beschikbare (voorjaar 2020) (effectieve) interventies die door JGZ professionals ingezet kunnen worden om de ouder-kindrelatie te verstevigen.

In [Thema 4](#) <LINK> staat de samenwerking met andere professionals centraal.

## Thema 1: Introductie ouder-kindrelatie

In dit thema wordt de achtergrondinformatie gegeven die JGZ professionals nodig hebben bij het gebruik van deze richtlijn zoals bedoeld door de ontwikkelaars. De kernpunten van Thema 1 staan hieronder.

### Kernpunten “Introductie ouder-kindrelatie”

- 1) De ouder-kindrelatie verschaft de jeugdige doorgaans fysieke en emotionele veiligheid en geborgenheid: de ouder fungeert in de relatie als veilige basis van waaruit de omgeving kan worden verkend en is een veilige haven waarop altijd terugvallen kan worden. Kenmerkend voor een veilige relatie is het vertrouwen tussen ouder en kind.
- 2) Belangrijke determinanten van een veilige gehechtheidsrelatie zijn (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 snel en gepast reageren op signalen van het kind;
  - ‘*Mentaliseren*’ is het onderkennen van het kind als een eigen persoon en hardop verwoorden vanuit het perspectief van het kind wat er gebeurt en wat het kind laat zien in zijn/haar gedrag.
- 3) In de loop van het tweede levensjaar wordt het stellen van grenzen - naast sensitief reageren en mentaliseren - belangrijk voor een veilige gehechtheidsrelatie. Dit wordt ook wel omschreven als een *autoritatieve opvoedstijl* die gekenmerkt wordt door een hoge mate van sensitief reageren en mentaliseren, en tegelijk het stellen van duidelijke regels en grenzen.
- 4) De mate van veiligheid die een jeugdige ontleent aan de ouder-kindrelatie is een continuüm dat loopt van veilig tot onveilig. Waar een jeugdige zich in dit continuüm bevindt, is de resultante van de wisselwerking tussen de kenmerken en het gedrag van de ouder(s), de jeugdige en de directe omgeving (het gezin, familie).

kernpunten in dit continuüm zijn:

- a) Een *veilige ouder-kindrelatie*: de jeugdige heeft vertrouwen in zichzelf en de ouder, het contact tussen ouder en jeugdige oogt 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 iets minder zelfvertrouwen, en is minder sociaal vaardig. Op jonge leeftijd kan het kind erg aanklampend overkomen of juist afstandelijk; het lukt de ouder niet goed om het kind te kalmeren of troosten en conflictjes 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.
- c) Een *problematische of 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.

d) Bij een reactieve hechtingsstoornis is er sprake van een afwezige of ernstig verstoorde hechting tussen de jeugdige en zijn ouder(s). Allerlei omstandigheden hebben het ontstaan van een veilige gehechtheid bemoeilijkt of onmogelijk gemaakt. Vaak liggen er trauma's bij de jeugdige en/of de ouder(s) aan ten grondslag. Daardoor heeft de jeugdige weinig vertrouwen in mensen, waardoor het geen veiligheid ervaart in het contact met mensen in de omgeving. Relaties met andere mensen blijven vaak oppervlakkig. Qua uitingen lijkt de hechtingsstoornis op de ernstige gehechtheidsproblemen (zie boven). 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.

## Begrippen

### Ouder (of ouders):

In deze richtlijn wordt veelvuldig het woord 'ouder' (of ouders) gebruikt. Dat is (zijn) meestal de biologische ouder(s), maar het kan (kunnen) ook adoptie- pleeg- of gezinshuis ouder(s) of een andere verzorger zijn (bijvoorbeeld grootmoeder). De essentie is dat het om een vertrouwd persoon gaat.

### Jeugdige:

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

### (Gehechtheids)relatie:

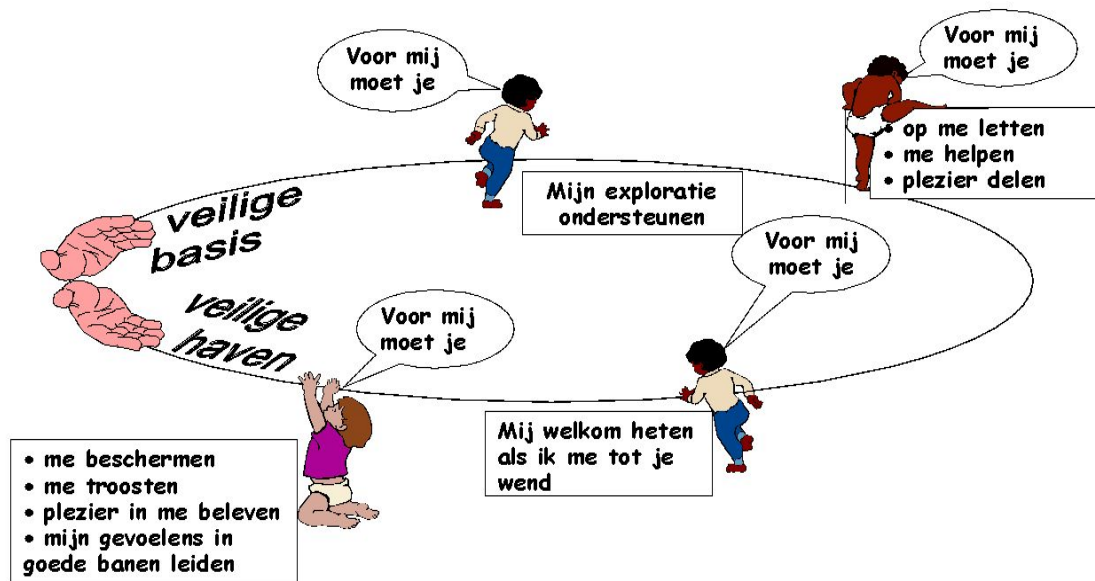
Een relatie kan worden omschreven als een verhouding of verband tussen twee of meer personen. De ouder-kindrelatie omschrijven we in deze richtlijn als een duurzame, emotionele band tussen een jeugdige en diens ouder. De term 'gehechtheidsrelatie' is een andere benaming van de ouder-kindrelatie. De band is duurzaam omdat de jeugdige in principe zolang de ouder leeft, 'zoon' of 'dochter' is van deze ouder. De band duiden we aan als 'emotioneel', omdat de kwaliteit van de ouder-kindrelatie van invloed is op het welbevinden van de jeugdige, tot in de volwassenheid toe.

### Cirkel van veiligheid:

Jonge kinderen hebben een aangeboren neiging om steun te zoeken bij een volwassene die het kind kan beschermen en helpen (Bowlby, 1982). 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 kind 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(s) en kind. Dat vertrouwen ontstaat doordat een kind in talloze alledaagse, sensitieve interacties een gevoel van veiligheid ervaart in relatie tot de ouder(s). 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 terug kan vallen op de ouderfiguur. 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 zijn/haar 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.)

### *Sensitieve interactie:*

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., 2015). 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 verwoorden dat hij/zij ziet wat het kind wil (de signalen worden correct geïnterpreteerd), en een korte uitleg geven waarom het kind toch niet zijn/ haar zin krijgt. Kortom, sensitief reageren houdt in dat een ouder...

- de signalen en behoeften bij het (jonge) kind waarneemt;
- zich kan inleven in het kind;
- de signalen van het kind doorgaans correct interpreteert;
- snel en passend reageert op die 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 eigen behoeften en wensen verwoord. Vanaf dan wordt ook de tweede dimensie van opvoedgedrag (het stellen van regels en grenzen) belangrijker. Omdat een



gehechtheidsrelatie in het eerste levensjaar opgebouwd wordt, ligt het accent in de wetenschappelijke literatuur over gehechtheidsrelaties op een sensitief reageren en 'mentaliseren' (zie onder) als belangrijke determinanten van een veilige gehechtheidsrelatie. In de loop van tweede levensjaar komt het stellen van grenzen daarbij, mits dit op een sensitieve manier gebeurt.

#### *Mentaliseren:*

Een belangrijke voorwaarde om een goede gehechtheidsrelatie op te kunnen bouwen is het vermogen van de ouder om te 'mentaliseren' of te reflecteren (Zeegers et al. 2017). Mentaliseren kan omschreven worden als het onderkennen van het kind als een eigen persoon, en het vervolgens hardop verwoorden van wat er vanuit het perspectief van het kind gebeurt en wat het kind laat zien in zijn/haar gedrag. Dit veronderstelt dat de ouder gevoelens en gedachten van het kind ziet en (h)erkent, en daar in zijn gedrag rekening mee houdt. De ouder stemt af op het kind. De ouder benoemt wat het kind doet, denkt of voelt. Bijvoorbeeld: wanneer een kind huilt, heeft het de ouder nodig om te kalmeren. De ouder verwoordt de gevoelens van het kind, bijvoorbeeld: "Je voelt je niet fijn, je bent erg moe". Een ouder die mentaliseert, verplaatst zich duidelijk in het perspectief van het kind en verwoordt dat ook. Deze ervaringen zijn *nodig* voor de ontwikkeling van gezonde regulatiepatronen: het kind leert zijn behoeften en stress te reguleren met hulp van de ouder (Rexwinkel, Schmeets, & Pannevis, 2011). Zo helpt de ouder het kind een optimale gehechtheidsrelatie te ontwikkelen. De ouder geeft letterlijk taal aan de gevoelens van het kind en reguleert daarmee ook de gevoelens van het kind.

Om sensitief te kunnen reageren is het nodig dat een ouder kan mentaliseren. Sensitief reageren betreft meer de gedragsmatige component van het ouderlijk gedrag, mentaliseren heeft betrekking op het mentale deel (ziet de ouder het kind als een eigen persoon?) en het vervolgens verwoorden van dat eigen perspectief.

#### *Autoritatieve opvoedstijl:*

Een autoritatieve opvoedingsstijl (Baumrind, 1991) wordt gekenmerkt door een hoge mate van sensitiviteit, en tegelijk het stellen van duidelijke regels en grenzen. Ouders met een autoritatieve opvoedstijl geven duidelijk leiding aan hun kind, waarbij ze oog hebben voor de behoeften van hun kind, en betrokken zijn bij hun kind. Baumrind onderscheidde twee basisdimensies van opvoedgedrag: sensitieve betrokkenheid ('warmte') en het stellen van regels ('controle'). Door deze dimensies te combineren ontstaan er vier opvoedstijlen waarbij de autoritatieve stijl zich kenmerkt door veel sensitiviteit en veel controle. De andere stijlen kunnen omschreven worden als 'permissief' (veel sensitiviteit, weinig controle); autoritair (weinig sensitiviteit en veel controle), en verwaarlozend (weinig sensitiviteit en weinig controle).

Een autoritatieve opvoedstijl kan bijdragen aan het ontwikkelen van gezonde zelfregulatie en aan een veilige gehechtheidsrelatie. Daarmee 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 die 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.

### *Prenatale periode*

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 hun nog ongeborn kind tijdens de zwangerschap. Bij de term 'prenatale gehechtheid' gaat het vooral om de houding van de ouder ten opzichte van het nog ongeborn kind (Walsh, 2010). Naarmate de zwangerschap vordert wordt de band tussen moeder en ongeborn kind sterker (Cock et al. 2016; 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). Ook worden er samenhangen gevonden tussen prenatale gehechtheid en sensitief opvoedgedrag: moeders die een sterke prenatale band ervaren, laten als hun kind vijftien maanden oud is, sensitiever gedrag zien dan moeders die in mindere mate een band ervoerden (Alvarenga et al., 2013; Maas et al., 2016).

### *Eerste uren na de geboorte*

Omdat de geboorte stressvol kan zijn, 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 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 is geen empirische evidentie gevonden voor de veronderstelling dat contact tussen moeder en kind in de eerste uren na de geboorte samenhangt met - of een voorwaarde is voor - een veilige gehechtheidsrelatie. Wel zijn er samenhangen gevonden tussen huid-op-huid contact tussen moeder en kind in de eerste 24 uur na de geboorte en het geven van borstvoeding. In een systematisch review (Moore et al., 2016) is onderzocht wat de positieve effecten zijn van huid-op-huid contact na de geboorte, waarbij onderscheid gemaakt werd tussen onmiddellijk contact (binnen 10 minuten na de geboorte) en vroeg contact (in de eerste 24 uur na de geboorte). Beide vormen van huid-op-huid contact bleken positief geassocieerd met het geven van borstvoeding, zowel bij moeders die vaginaal waren bevallen als bij moeders die een keizersnede hadden gehad (en bij wie het kind eerst medisch onderzocht is). Huid-op-huid contact in de eerste 24 uur na de geboorte draagt weliswaar positief bij aan het geven van borstvoeding, maar het is niet vanzelfsprekend noch wetenschappelijk bewezen dat dit ook de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie bevordert (Linde 2019). Andersom is er ook geen wetenschappelijk bewijs dat het geven van flesvoeding het opbouwen van de gehechtheidsrelatie bemoeilijkt.

Vroeg huid-op-huid contact na de geboorte en het geven van borst- of flesvoeding zijn kortom niet gerelateerd aan de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie. Bij adoptie- en pleegkinderen vindt het eerste contact met de adoptie- of pleegouders altijd (lang) na de geboorte plaats. De kwaliteit van de dagelijkse interacties in het adoptie- of pleeggezin bepaalt dan of er een goede band ontstaat. Adoptiekinderen die voor hun eerste verjaardag geadopteerd worden, zijn even vaak veilig gehecht aan hun ouders als kinderen in biologisch verwante gezinnen (van den Dries et al., 2009; Juffer, 2010).

### 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. 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 (ook wel '*sensitiviteit*' genoemd) is bepalend voor de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie (Pederson ea 1998). 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; Bohlin et al. 2000; Bealsky & 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 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 begint de fase van de specifieke gehechtheid, ook wel de fase van '*eenkennigheid*' genoemd. Het kind heeft een duidelijke voorkeur voor de volwassene die regelmatig met hem of haar omgaat. Vanaf deze leeftijd kan een kind bijzonder heftig reageren wanneer het van die vaste verzorger gescheiden wordt. Dat is een normale stap in de emotionele ontwikkeling van het kind.

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/lopen en de armen uit te strekken naar de ouder. Als het kind zich op zijn gemak voelt, dan gaat het de omgeving verkennen in spel.

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.

#### Goed genoeg ouderschap

De term 'goed genoeg ouderschap' is afkomstig van de Engelse kinderarts en psychoanalyticus Winnicott (1965). Voor een gezonde ontwikkeling van een kind is het niet nodig om een perfecte ouder te zijn. Dat streven naar perfectie ondermijnt juist de opvoedingsvaardigheden van ouders. 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).

In elke ouder-kindrelatie komt het regelmatig voor dat ouders niet direct voldoende afstemmen op de behoeften van het kind. Een vuistregel daarbij is dat de ouder in staat moet zijn om in 30% van de situaties goed af te stemmen en dat in de overige 70% van de situaties er achteraf ‘reparatie’ plaatsvindt en de ouder alsnog afstemming zoekt.

### *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 de grootouders of een crècheleidster. Zo ontstaat een gehechtheidsnetwerk met bijvoorbeeld moeder, vader, crècheleidster, grootouders en andere opvoeders (van IJzendoorn, 2008). Dat netwerk is hiërarchisch opgebouwd: de relatie met de eigen ouders is doorgaans de belangrijkste relatie. Geschat wordt dat het maximum aantal volwassenen aan wie jonge kinderen zich kunnen hechten ongeveer zes is (van IJzendoorn, 2008). Het is in deze fase heel passend wanneer een kind zich vastklampt aan de ouder, of dat het bang is dat de ouder niet terugkomt als hij of zij even weggaat. Dat hoort bij de normale ontwikkeling.

### *Periode van 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 raken kinderen niet meer zo van streek wanneer ze van de vaste ouderfiguren 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 op van de ouderfiguur 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 belangrijk: dit geeft het kind houvast en zo leert het zijn/haar emoties onder controle te houden.

Vanaf de leeftijd van ongeveer drie tot vier jaar heeft het kind bepaalde verwachtingen opgebouwd ten aanzien van zijn ouders en andere belangrijke personen. Deze verwachtingen (bijvoorbeeld: als ik verdrietig ben, kan ik bij mama terecht) sturen het gedrag van het kind. De verwachtingen (ook wel aangeduid als 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.

### *Basisschool periode*

De basisschoolperiode (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 is echter nog steeds 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 verandert dat 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.

Omgekeerd geldt echter niet dat onvoldoende zelfvertrouwen altijd terug te voeren is op een minder optimale ouder-kindrelatie. Met name jongens kunnen op de basisschoolleeftijd erg impulsief, beweeglijk en druk gedrag vertonen (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). Door hun drukke gedrag krijgen ze negatieve reacties van leeftijdsgenoten, wat de jeugdige onzeker kan maken over zichzelf. Andere jeugdigen zijn juist erg afwachtend, waardoor ze minder makkelijk contact maken met leeftijdsgenoten. Dit beïnvloedt ook het zelfvertrouwen. Ook kan het zelfvertrouwen 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.

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 ook meer toegang tot hun executieve functies; er is sprake van voldoende impulsbeheersing, concentratie, flexibiliteit in denken en de vaardigheid prioriteiten te stellen.

### *Adolescentie*

Een belangrijke taak in de adolescentie (van ongeveer twaalf jaar tot ongeveer achttien jaar) is de ontwikkeling van autonomie. Jeugdigen groeien toe naar zelfstandigheid en gaan zich in deze fase 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 af en het aantal conflicten dat gepaard gaat met negatieve emoties, boosheid of stemverheffingen neemt juist toe (De Goede et al., 2009). Deze conflicten 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; Piquart & 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 een meer indirect resultaat is van het onderhouden van een goede band met de jeugdige en het tonen van interesse en betrokkenheid. Jongeren die weinig probleemgedrag laten zien, delen ook relatief veel informatie met hun ouders over hun vrijetijdsbesteding. 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 et al., in press). Ouder-kindrelaties die goed functioneren in de kindertijd, 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 verslechterd, is aanwezig (zie bijvoorbeeld Laursen et al., 2010).

### Opgroeien bij een niet-biologische ouderfiguur

Vanouds wordt cultureel veel waarde gehecht aan genetische verwantschap. Het is echter niet aangetoond dat deze genetische verwantschap tussen ouders en jeugdigen van invloed is op de ouder-kindrelatie. Met een genetisch-verwante donorvader die een jeugdige nog nooit heeft gezien, wordt bijvoorbeeld doorgaans geen enkele band ervaren. De band met een (biologische of niet-biologische) ouder is vooral gebaseerd op de onderlinge omgang tussen ouder en jeugdige, ofwel op de interacties die zij hebben.

Factoren die een rol kunnen spelen bij pleeg- en adoptiekinderen en die afbreuk kunnen doen aan het vertrouwen van een jeugdige in de ouderfiguur en in zichzelf zijn: het feit dat de biologische ouder afstand heeft gedaan van zijn/haar kind, het feit dat de relatie met de ouder geen emotionele veiligheid verschaft en het gebrek aan continuïteit in de zorg. Onderzoek laat ook zien dat hoe jonger een kind is wanneer het aan de zorg van een niet-biologische ouder wordt toevertrouwd, hoe gunstiger dat 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 (biologische of niet-biologische) ouder, kan veel impact hebben op de ontwikkeling van de jeugdige. Ook mishandeling of verwaarlozing kunnen 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 na het eerste levensjaar leidt tot meer onveilige gehechtheid, omdat rond de eerste verjaardag het verwerven van basisvertrouwen de belangrijkste ontwikkelingsopgave is (Sroufe et al., 2005). Wanneer die ontwikkelingsopgave in het eerste jaar niet voltooid wordt, werkt dat door in het verdere leven (van IJzendoorn, 2008). In een adoptiegezin kunnen geadopteerde kinderen alsnog een goede gehechtheidsrelatie met hun adoptieouders opbouwen (Finet et al., 2020; Palacios et al., 2019).

### Culturele verschillen

Gehechtheidsrelaties zijn universeel: in alle landen en alle culturen hechten kinderen zich aan hun ouders en andere belangrijke opvoeders. Culturele verschillen kunnen wel een rol spelen in de manier waarop ouders en kinderen met elkaar omgaan. Ouders uit verschillende culturele gemeenschappen blijken bijvoorbeeld te verschillen in de manier waarop sensitiviteit getoond wordt

(bijvoorbeeld met taal, aanraking, gebaren) (TamisLeMonda et al., 2012). Vergelijkingen van ouderlijke sensitiviteit tussen etnische groepen leverden echter geen eenduidige resultaten op. Wel blijkt steeds dat ouderlijke sensitiviteit in positieve zin bijdraagt aan de ontwikkeling van de taal-, cognitieve en sociaal-emotionele vaardigheden van kinderen (Mesman et al. 2012; Prevoe et al., 2017; Washington et al. 2015).

### Continuüm van veilig naar onveilig

Vrijwel 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 <LINK>). Hierbij geldt dat, naarmate er meer belemmerende factoren aanwezig zijn, er ook meer beschermende factoren aanwezig moeten zijn wil het ouderschap zich goed genoeg kunnen ontwikkelen. Met andere woorden, de ervaren draaglast en draagkracht moeten in balans zijn. De mate van veiligheid en geborgenheid of het vertrouwen in de ouder-kindrelatie kan worden gezien als een continuüm dat loopt van een veilig naar onveilig. Ankerpunten in dit continuüm worden hieronder beschreven.

### Veilige gehechtheidrelatie

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 geen vertrouwen in de 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 vermijdend. Bij jonge kinderen in de peuterleeftijd kunnen deze patronen al zichtbaar zijn. De twee gehechtheidstypen zijn alleen betrouwbaar vast te stellen in een standaard (diagnostische) observatieprocedure die buiten het domein van de JGZ valt (de Vreemde Situatie Procedure; Lamb et al., 2013). 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 (Zie [Bijlage 2.2](#)).

- *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. Ook in gewone, niet stressvolle situaties zijn ze onzeker over de beschikbaarheid van de ouder en zoeken ze nadrukkelijk de nabijheid en de aandacht van de ouder.

- *Vermijdend 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 vermijdend 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 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 bovendien met tips en adviezen bijgestuurd worden, bijvoorbeeld als de ouders ondersteund worden in het sensitief reageren (zie verder [Thema 3](#) <LINK>). Over het algemeen geldt wel dat, hoe jonger het kind is, des te makkelijker 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 ander: 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.

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 (Collonessi 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.

### Hechtingsstoornis

Bij een hechtingsstoornis is er sprake van een afwezige of ernstig verstoorde gehechtheidsrelatie tussen het kind en zijn ouders. Volgens een schatting gebaseerd op de DSM III-R classificatie, heeft ongeveer één procent van alle jeugdigen een hechtingsstoornis (Richters & Volkmar, 1994). Allerlei omstandigheden hebben het ontstaan van een veilige gehechtheid bemoeilijkt of onmogelijk gemaakt. Vaak liggen er trauma’s bij het kind en/of de ouder aan ten grondslag. Daardoor heeft het kind weinig vertrouwen in mensen, waardoor het geen veiligheid kan ervaren 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 (zie verder [JGZ\\_richtlijn](#)



[Kindermishandeling](#)) of frequente wisseling van verzorgers voor, en kan niet verklaard worden door een ontwikkelingsachterstand van het kind.

## Referenties

1. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
2. Alhusen, J. L. A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(3), 315-328.
3. Atkinson, L., Pagliaa, A., Coolbear, J., Niccols, J., Parker, K. C. H. , & Guger, S. (2010). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20, 1019–1040.
4. 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.
5. Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216.
6. Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing.
7. 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
8. Bellieni, C. V., Ceccarelli, D., Rossi, F., Buonocore, G., Maffei, M., Perrone, S., & Petraglia, F. (2007). Is prenatal bonding enhanced by prenatal education courses? *Minerva Ginecologica*, 59(2), 125–129.
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. Beyers, W., & Goossens, L. (1999). Emotional autonomy, psychosocial adjustment and parenting: Interactions, moderating and mediating effects. *Journal of Adolescence*, 22(6), 753-769
11. Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (2000). Appendix B: The Emotional Availability Scales (derde editie). *Attachment & Human Development*, 2, 256-270.
12. Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
13. Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford.
14. 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
15. Branje, S. J. T., Hale, W. W. III, Frijns, T., & Meeus, W. H. J. (2010). Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 751-763.
16. Branje, S. J. T., Hale III, W.W., & Meeus, W. H. J. (2008). Reciprocal development of parent-adolescent support and adolescent problem behaviors. In M. Kerr, H. Stattin, & R. Engels (Eds.), *What can parents do? New insights into the role of parents in adolescent problem behaviour* (pp. 135-162). Chichester, UK: Wiley.
17. 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.
18. 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.
19. Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: Guildford Press.
20. 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.

21. Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10, 283-300.
22. Colonnese, 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.
23. 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.
24. Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M., & Kersting, A. (2019). The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*, 102592.
25. Dishion, T. J., & McMahon, R. J. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(1), 61-75.
26. Didden, R. (2006). In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke handicap. Houten: Bohn, Stafleu van Lochem.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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*.
32. 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.
33. Frijns, T., Keijsers, L., Branje, S., & Meeus, W. (2010). What parents don't know and how it may affect their children: Qualifying the disclosure-adjustment link. *Journal of adolescence*, 33(2), 261-270.
34. Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63(1), 103-115.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. De Haene, L., & Derluyn, I. (2018). Werken met vluchtelingenkinderen in pedagogische praktijken. *Kind en adolescent*, 39(2), 127-142.
39. Hautman, L., & Vanaerschot, G. (2017). Een kink in de kabel: een differentiaaldiagnose tussen autismespectrumstoornis en hechtingsstoornis. *Tijdschrift Persoonsgerichte Experimentiële Psychotherapie*, 55(2), 91-104.
40. Hesse, E. & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior as related to infant D attachment in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18, 309-343.

41. 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.
42. Juffer, F. (2010). Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties: Inzichten uit gehechtheidsonderzoek. Raad voor de rechtspraak, Research memoranda, nummer 6.
43. Keijsers, L., Branje, S. J., VanderValk, I. E., & Meeus, W. (2010). Reciprocal effects between parental solicitation, parental control, adolescent disclosure, and adolescent delinquency. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 88-113.
44. Keijsers, L., Loeber, R., Branje, S., & Meeus, W. (2011). Bidirectional links and concurrent development of parent-child relationships and boys' offending behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 878.
- Kerns, K. A., & Richardson, R. A. (2005). *Attachment in middle childhood*. Guilford Press.
45. 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.
46. Laursen, B. (1995). Conflict and social interaction in adolescent relationships. *Journal of Research on Adolescence*, 5(1), 55-70.
47. Laursen, B., & Bukowski, W. M. (1997). A developmental guide to the organisation of close relationships. *International Journal of Behavioral Development*, 21(4), 747-770.
48. Lindgren K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24, 203-217.
49. 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.
50. 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).
51. 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.
52. O'Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Review Attachment disorders: assessment strategies and treatment approaches. *Attachment and Human Development*, 5, 223-244.
53. O'Connor, E. & McCartney, K. (2007), Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, p.458-476.
54. 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.
55. Patterson, G. R., & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 1299-1307.
56. Piquart, 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.
57. Pollmann, M. T. F., & Hoffenaar, P. J. (2017). Haptonomische zwangerschapsbegeleiding en de prenatale gehechtheid van ouders aan hun kind. *Kind en Adolescent*, 38(2), 108-119.
58. Prevoo, M. J., & Tamis-LeMonda, C. S. (2018). Opvoeding en globalisering in westerse landen. *Kind en adolescent*, 39(2), 113-126.
59. 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.
60. Rexwinkel, M., Schmeets, M., & Pannevis, C. (2011). *Handboek Infant Mental Health: Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Van Gorcum.
61. 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.

62. 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.
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. Shonkoff, J. P., Levitt, P., Fox, N. A., Bunge, S. A., Cameron, J. L., & Duncan, G. J. (2016). *From Best Practices to Breakthrough Impacts: A Science-Based Approach for Building a More Promising Future for Young Children and Families*. Cambridge, Harvard University, Center on the Developing Child.
65. Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child Development*, 71(4), 1072-1085.
66. Stevens, G. W. (2018). Psychische problematiek bij jeugdigen met een migratieachtergrond in Nederland en Vlaanderen. *Kind en adolescent*, 39(2), 72-91.
67. 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.
68. Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Negative correlates of part-time employment during adolescence: Replication and elaboration. *Developmental Psychology*, 27(2), 304.
69. Tharner, A., Luijk, M. P., Raat, H., IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Moll, H. A, et al. (2012). Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment. *Journal of developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(5), 396-404.
70. 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.
71. Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M.M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 708–715. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013.
72. van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840–858.
73. van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
74. van IJzendoorn, M. H., Vereijken, C. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Riksen-Walraven, J. M. (2004). Assessing attachment security with the Attachment Q Sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development*, 75, 1188-1213.
75. 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.
76. van IJzendoorn, M. H. (2008). *Opvoeding over de grens. Gehechtheid, trauma en veerkracht*. Amsterdam: Boom Academic.
77. van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2008). Adoptie als interventie (I). Historische, ethologische en ethische achtergronden. *Kind en Adolescent*, 29, 17-30.
78. 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.
79. van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe.
80. 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.
81. 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.

## Thema 2: Signaleren en ondersteunen

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, dan 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. De JGZ professional bespreekt, bijvoorbeeld tijdens een CenteringParenting groepsbijeenkomst of tijdens het prenataal huisbezoek, met (aanstaande) ouders het belang van een goede band met hun kind.
2. De JGZ professional toont voorbeeldgedrag wat betreft sensitief reageren en mentaliseren: verwoord vanuit het perspectief van het kind wat er gebeurt en welke signalen het kind laat zien in zijn/haar gedrag en reageer daar gepast op.
3. De JGZ professional geeft 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: Kijk en luister goed naar je kind. Toon oprechte belangstelling. Benoem wat hij/zij met zijn gedrag laat zien en benoem zijn/haar emoties. Geef hem/haar je volle aandacht. Neem de tijd om gezamenlijk activiteiten te ondernemen. Zie [Thema 1 <LINK>](#) en [Box 2.1 <LINK>](#). Voor ouders met een laag opleidingsniveau, migratie- of vluchtelingenachtergrond is bij [Stichting PHAROS](#) voorlichtingsmateriaal beschikbaar over ouderschap en gezond opgroeien.
4. 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 en de door de ouder(s) ervaren draagkracht/draaglast. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de methodiek 'dialoggerichte' of motiverende gespreksvoering (zie [JGZ richtlijn Opvoedondersteuning](#)).
5. 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 eigen, professionele inschatting over waar de gehechtheidsrelatie zich bevindt op het continuüm van veilig naar onveilig. De JGZ professional onderscheidt daarbij signalen die wijzen op een veilige, een onveilige of een problematische gehechtheidsrelatie. Zie [Tabel 2.1 <LINK>](#) voor handvatten.
6. 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...*"), 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.
7. Als de ouder(s) en JGZ professional het er samen over eens zijn dat er sprake is van een probleem, dan gaat de JGZ professional het gesprek aan en bespreekt de situatie. Behulpzame instrumenten hierbij zijn:
  - a. De informatiekaart van Stichting Babykennis (zie [Bijlage 2.1](#));
  - b. De infosheet 'Gehechtheidsrelaties' van Basic Trust waarin uitingsvormen van veilige, vermijdende, ambivalente en gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties worden

beschreven (zie [Bijlage 2.2](#));

- c. Bij (vermoeden van) een problematische gehechtheidsrelatie (1 tot circa 5 jaar): de “Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag” (LSVG, zie [Bijlage 2.3](#)) of de ARI-CP (zie [Bijlagen 2.4 en 2.5](#)).
8. 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.
  9. Termen als ‘gehechtheidsrelatie’, ‘hechtingsrelatie’ of ‘hechting’ kunnen in het gesprek en in de communicatie met ouders beter niet gebruikt worden omdat dit vaak onbegrip of weerstand oproept. Gebruik liever meer neutrale woorden zoals ‘band’, ‘contact’, of ‘basisvertrouwen’.

**Box 2.1.** Tips voor ouders om de band met hun kind te versterken (Bron: Opvoedinformatie Nederland)

#### 0-2 jaar

1. Kijk en luister goed naar je kind. Ga voor jezelf na wat het gedrag van je kind zou kunnen betekenen. Zo leer je je kind steeds beter kennen. 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. 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! 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. Bied je peuter duidelijkheid! Ritme, regelmaat en rituelen helpen jou als ouder consequent te zijn en bieden je kind steun en veiligheid.

7. Alle kinderen moeten leren wat wel en niet mag en hebben dus regels en grenzen nodig. Als een peuter regels overtreedt moet dat consequenties hebben. Je kunt je peuter helpen door de regel te herhalen. Als dat niet helpt kan je het kind bij je nemen. Je houdt je kind bij je, totdat je merkt dat het zich kan voegen naar jouw regel. Ook kun je ervoor kiezen je kind apart te zetten. Belangrijk is om in nabijheid te blijven, en te reageren op positieve intenties van het kind om wel te voegen of te luisteren naar de regel. Soms is niet reageren ook een optie, bijvoorbeeld als je kind met opzet niet luistert. Dan bedoelt je kind mogelijk iets anders. Probeer te achterhalen wat dat zou kunnen zijn (vermoeidheid, verwerken van lastige emoties als teleurstelling en frustratie, verwarring). Probeer dat te benoemen.

8. Kies een positieve insteek:

- vestig de aandacht van je kind op iets anders, als je kind om iets blijft vragen dat niet mag. Vestig bijvoorbeeld de aandacht op iets anders: *'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?'*

#### 4-12 jaar

9. 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 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.

10. 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.

11. Regels zijn belangrijk. Regels geven je kind duidelijkheid en een veilig gevoel. Je geeft je kind houvast door leiding te geven.

### *Vanaf 12 jaar*

12. 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.
13. 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.
14. Het lijkt alsof jongeren zich niet aan regels willen houden. Grenzen stellen blijft belangrijk, dit geeft houvast. Geef daarbij wel uitleg over waarom je het belangrijk vindt dat de jongere zich aan de regel houdt.
15. 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 kan zijn om samen met vrienden naar huis te fietsen.

Tabel 2.1: Handvatten om ouder-kind interacties te interpreteren

- Wanneer de ouder-kindrelatie **veilig** is, kan dat onder andere te zien zijn aan de volgende kenmerken:
  - het contact tussen ouder en kind oogt plezierig en spontaan
  - ouder en kind maken oogcontact
  - het kind laat aan de ouder zijn/haar gevoelens merken
  - Als het kind van streek raakt of is, kan het ook weer gekalmeerd worden door de ouder
  - Het kind heeft – eventueel na verloop van tijd - interesse in speelgoed of de dingen om hem/haar heen en wil dat onderzoeken
- De balans slaat meer door naar **onveilig** als ...
  - een peuter of kleuter zich voortdurend aan de ouder vastklampt tijdens het contact
  - het kind in het geheel geen initiatieven ontplooit in spel, ook wanneer hij/zij speelgoed aangereikt krijgt
  - er minder gezamenlijk plezier is in de onderlinge interacties tussen ouder en kind
  - onderlinge conflictjes niet zo makkelijk worden opgelost: het kind of de ouder blijven boos of verdrietig
  - het kind van streek raakt of is, en niet goed gekalmeerd kan worden door de ouder
  - de het kind te makkelijk en te meegaand is naar onbekende mensen (allekens vriendje)
- Een **problematische ouder-kindrelatie** wordt vermoed als alle bovenstaande kenmerken gelden én als ...
  - het kind veel moeite heeft om zijn/haar eigen emoties te beheersen



- het kind manipuleert, hongert naar (negatieve) aandacht, druk en overactief gedrag vertoont en geen inzicht heeft in de gevolgen van zijn gedrag
- het kind constant in verzet lijkt, prikkelbaar reageert, zijn/haar zin doordramt. Soms doet het kind zichzelf of anderen (emotioneel) pijn of vernielt hij/zij spullen. Beloning of straf werkt bij kinderen met een problematische gehechtheidsrelatie vaak niet
- het kind in zijn/haar gedrag extreem geremd is, en geen blijk geeft van de gevoelens die hij/zij ervaart

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).

Beschermend:	Belemmerend:
<b>Ouder(s)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Steun van de partner</li> <li>- Gewenste zwangerschap</li> <li>- Ongecompliceerde zwangerschap en bevalling</li> <li>- Weinig stress</li> <li>- Vertrouwen in de eigen kwaliteit als opvoeder</li> <li>- De ouder heeft zelf een veilige gehechtheid ervaren of heeft onveilige gehechtheidservaringen voldoende verwerkt</li> <li>- Psychisch gezond</li> <li>- Doorgaans autoritatiev opvoedstijl: ouder reageert sensitief en mentaliseert (verwoordt wat het kind laat zien in gedrag) gedragsstijl, vermogen om te mentaliseren</li> <li>- Kan samenwerken/gebruik maken van begeleiding</li> <li>- Geen verslaving of overmatig middelen gebruik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weinig steun van de partner</li> <li>- Ongewenste zwangerschap</li> <li>- Gecomplieeerde zwangerschap en/of bevalling</li> <li>- Veel stress</li> <li>- Weinig vertrouwen in de eigen kwaliteit als opvoeder</li> <li>- De ouder leeft vanuit de onveilige gehechtheid die hij/zij zelf als kind heeft ervaren</li> <li>- Psychische problemen, o.a. (postpartum) depressie</li> <li>- Opvoedstijl is minder autoritatief: sensitief reageren is beperkt en of vermogen om te mentaliseren is beperkt. Ouders reageren doorgaans permissief (te weinig regels) of autoritair.</li> <li>- Hulp mijdend</li> <li>- (Overmatig) gebruik van verslavende middelen</li> </ul>
<b>Gezinsomstandigheden</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stabiel gezin met twee ouders</li> <li>- De zorg is adequaat in het gezin</li> <li>- Aanwezigheid van sociale steun</li> <li>- Sociaaleconomische situatie is redelijk tot goed</li> <li>- Een klein aantal vaste verzorgers</li> <li>- Regelmatig, dagelijks contact tussen jeugdige en verzorger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienermoeder</li> <li>- Veel conflicten in het gezin, problematische scheiding</li> <li>- Mishandeling en/of verwaarlozing</li> <li>- Sociale steun is beperkt</li> <li>- Sociaaleconomische risico's: bijv. armoede, slechte huisvesting, werkloosheid</li> <li>- Veel wisselende verzorger</li> <li>- Jeugdige ziet de vaste verzorger voor langere periode niet</li> </ul>
<b>Kind</b>	
<p>erende 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"> <li>- Voldragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Te vroeg geboren</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen medische en emotionele problemen</li> <li>- Makkelijk, regelmatig temperament</li> <li>- Normale ontwikkeling</li> <li>- Normale intelligentie</li> <li>- Geen zintuiglijke beperkingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medische problemen</li> <li>- Emotionele trauma's</li> <li>- Adoptie, pleegzorg met voorafgaand trauma, mishandeling of verwaarlozing</li> <li>- Moeilijk temperament</li> <li>- Ontwikkelingsproblemen (o.a. autisme)</li> <li>- Verstandelijke beperking</li> <li>- Zintuiglijke beperkingen: zoals slechte visus, beperkt gehoor</li> </ul>
--	---

## 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 observationele 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), 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 (Spruijt 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 kinderspsychiatrie (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 (IJendoorm & 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);
- kenmerken van de gezins- en leefomstandigheden;
- kenmerken van de jeugdige.

Tabel 2.2 <LINK> geeft een overzicht. Voor de JGZ relevante belemmerende en beschermende factoren worden hieronder nader beschreven. Vaak is het echter een combinatie van factoren die maakt dat de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind niet optimaal tot stand komt. 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. 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 verondersteld dat de kenmerken van de ouder een zwaardere stempel drukken op de gehechtheidsrelatie dan de kenmerken van de jeugdige (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992).

### *Kenmerken en gedrag van de ouder*

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.

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 als iets niet lekker loopt in de opvoeding 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).

Een *autoritaire opvoedstijl* wordt gekenmerkt door het stellen van veel regels en grenzen, en een lage mate van sensitieve betrokkenheid bij de jeugdige. Bij het stellen van 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 en een gebrek aan empathie en te weinig rekening houden met anderen (Deković & Prinzie, 2014).

Eerste aanwijzingen uit de narratieve reviews geven aan dat het *gebruik van smartphones* 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 onderwerp nieuw is, en dat meer onderzoek nodig is.

### *Gezins- en leefomstandigheden*

*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.

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 voor het welbevinden van het kind. Veel conflicten tussen ouders onderling kunnen er ook toe leiden dat een goede ouder-kindrelatie verandert in een verstoorde relatie (Waters et al., 2003).

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., 2012).

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 IJendoorn, 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 (prematuriteit en/of dysmaturiteit), een verstandelijke of lichamelijke beperking, ernstige ontwikkelingsproblematiek of een moeilijk, prikkelbaar temperament (Fearon & Belsky, 2008). 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, zijn belangrijke belemmerende factoren voor de ontwikkeling van de relatie met adoptie- of pleegouders. Hieronder worden deze factoren verder uitgewerkt.

*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 over beschermend 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 et al., 1987). Sommige kinderen zijn bijvoorbeeld 'gemakkelijk' in de omgang: zij passen zich snel aan 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 een verhoogd risico 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 <LINK>](#)). Wanneer het excessief huilen in de beleving van hun ouders ook na de leeftijd van drie maanden aanhoudt, 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, een globale ontwikkelingsachterstand en/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., 2010). Denk aan agressie, druk gedrag en over beweeglijkheid. 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 vanaf de leeftijd van ongeveer tien jaar, 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 systematische 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 hier voor 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. Deze lijsten worden momenteel gebruikt in de jeugdhulp en de jeugdbescherming:

- De **Attachment Relationship Inventory Caregiver Perspective 2-5 years** (ARI-CP 2-5) (Spruijt et al., 2019) is een korte, schriftelijk 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 (Spruijt et al., 2019). Bij de ARI-CP 2-5 zijn ondersteunende materialen ontwikkeld zoals een infosheet over gehechtheidsrelaties (zie [Bijlage 2.2](#)) voor professionals, een factsheet over de ARI-CP ([Bijlage 2.5](#)) 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** (AISI; Polderman et al., 2012; 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, 2014) 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, maar het instrument is nog niet betrouwbaar en valide bevonden. 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 gericht 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 gesprekspartners 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 van ouders 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, 2006), 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
⊕⊖⊖⊖ <b>ZEER LAAG</b>	<p>Verstoord hechtingsgedrag kan globaal te maken hebben met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kenmerken en opvoedgedrag van de ouder(s); bijvoorbeeld depressie, ontbreken van sociale steun, eigen gehechtheidsproblematiek;</li> <li>– kenmerken van de gezins- en leefomstandigheden; bijvoorbeeld een gebrek aan continuïteit en stabiliteit, socio-economische kenmerken;</li> <li>– kenmerken van de jeugdige; bijvoorbeeld vroeggeboorte, aanwezigheid van ontwikkelingsproblematiek, een moeilijk en prikkelbaar temperament.</li> </ul> <p><i>o.a. Bernard et al., 2018, Heberle et al., 2014, Van IJzendoorn &amp; Bakermans-Kranenburg 2010, Cyr et al., 2010, Fearon &amp; Belsky 2008.</i></p>

Instrumenten

-	Er zijn in de literatuur geen geschikte instrumenten gevonden waarmee verstoring van de gehechtheidsrelatie betrouwbaar gesignaleerd kan worden.
---	--

### Overwegingen

#### Preventie

De JGZ professional bespreekt - bijvoorbeeld tijdens een CenteringParenting groepsbijeenkomst of tijdens het zuigelingenhuisbezoek - met (aanstaande) ouders 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. 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 <LINK>](#)) en worden tips en adviezen gegeven om relatie te versterken (zie [Box 2.1 <LINK>](#)).

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

- **Item 29.** Reageert op toespreken (vier weken)
- **Item 30.** Lacht terug (8 weken)
- **Item 31.** Maakt geluiden terug (13 weken)
- **Item 32.** Maakt gevarieerde geluiden (26 weken)

### Signaleren

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

Tijdens contacten heeft de JGZ professional de mogelijkheid om de interactie tussen ouder en kind te volgen en rechtstreeks te observeren: dit kan bijvoorbeeld tijdens de uitvoering van het Van Wiechenonderzoek, tijdens het visusonderzoek, bij het onderzoek naar de taalontwikkeling. Deze momenten kunnen stressvol zijn voor het kind. Dat geeft de JGZ professional de gelegenheid om te observeren hoe de ouder reageert op de stress van het kind. Minder stressvolle onderzoek-momenten leveren informatie op over de 'gewone' omgang tussen ouder en kind.

Bij het observeren van die omgang kan 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. Items van het Van Wiechenonderzoek waarbij tijdens de uitvoering de ouder-kindrelatie specifiek geobserveerd kan worden, zijn:

- **Item 11.** Doet blokje in/uit doos (15 maanden)
- **Item 12.** Speelt "geven en nemen" (15 maanden)
- **Item 14.** Gaat op onderzoek uit (18 maanden)
- **Item 35.** Reageert op mondeling verzoek (12 maanden)

Zie voor een beschrijving: <https://www.ncj.nl/van-wiechen/kenmerken/>

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.

### 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 aan gaat, zijn (ontleend aan Informatiekaart "Signaleren en ondersteunen ouder-kindrelatie" van Stichting Babykennis, zie [Bijlage 2.1](#)):

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

Stichting Babykennis heeft hiervoor, in samenwerking met een groep Infant Mental Health specialisten, een *Informatiekaart 'Signaleren en ondersteunen ouder-kindrelatie'* ontwikkeld ([Bijlage 2.1](#)). Deze kaart beoogt concrete handvatten te geven aan zorgverleners om eventuele problemen in de ouder-kindrelatie 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.

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, en daarom aanbevolen om bij (vermoeden van) een verstoorde of problematische gehechtheidsrelatie de gedragingen van kinderen in de leeftijd van één tot circa vijf jaar ten opzichte van de ouder te bespreken (zie [Bijlage 2.3](#)).

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 Stichting Babykennis ([Bijlage 2.1](#)) 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.

### Ondersteunen

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.

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 belangrijk 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).

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

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"> <li>• De ouder-kind interactie oogt ontspannen;</li> <li>• Het kind voelt zich op zijn/haar gemak bij de ouder;</li> <li>• De ouder geeft voldoende ruimte voor eigen initiatieven van het kind;</li> <li>• Ouder en kind kijken elkaar regelmatig aan;</li> <li>• Het kind zoekt steun bij de ouder en de ouder reageert daar goed op;</li> <li>• Het lukt de ouder om het kind te kalmeren als het kind van streek is;</li> <li>• De ouder spreekt positief over het kind.</li> </ul> <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"> <li>• Vraag je af wat zich afspeelt in het hoofd van de ouder;</li> <li>• 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.;</li> <li>• Bied ruimte bieden aan emoties/zorgen/twijfels van ouders;</li> <li>• Toon begrip en neem de ouder serieus ;</li> <li>• Mijd een beschuldigende toon door aan te geven hoe omstandigheden hebben kunnen leiden tot bepaalde zorgen of problemen.</li> </ul>
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 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"> <li>• 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></li> <li>• Termen als 'hechting' of 'gehechtheidsrelatie' worden niet gebruikt. Wel: band, relatie, basisvertrouwen.</li> </ul>
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 ( <a href="#">bijlage 2.2</a> ) of de Informatiekaart van Stichting Babykennis ( <a href="#">bijlage 2.1</a> )
d.	Als de ouder de zorgen niet wil herkennen, kan de professional in een volgend contact moment 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 <u>Thema 1</u> , 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 gesprekstema.

## 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. Aber, J.L., Belsky, J., Slade, A., & Crnic, K. (1999) Stability and Change in Maternal Representations of Their Relationship with Their Toddlers. *Developmental Psychology*, 35, 1038-1048.
3. Bakker I, Bakker K, Dijke A van, Terpstra L. (2000). O + O = O<sup>2</sup> Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties. Utrecht: NIZWM.
4. 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.
5. 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
6. Bilgin, A., & Wolke, D. (2015). Maternal sensitivity in parenting preterm children: a meta-analysis. *Pediatrics*, 136(1), e177-e193.
7. Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (1998). Manual for scoring the emotional availability scales. Unpublished manuscript. Colorado State University.
8. Branje, S. J. T., Hale, W. W. III, Frijns, T., & Meeus, W. H. J. (2010). Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 751-763.
9. Branje, S. J. T., Hale III, W.W., & Meeus, W. H. J. (2008). Reciprocal development of parent-adolescent support and adolescent problem behaviors. In M. Kerr, H. Stattin, & R. Engels (Eds.), *What can parents do? New insights into the role of parents in adolescent problem behaviour* (pp. 135-162). Chichester, UK: Wiley.
10. 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.
11. 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.
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. 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. Bronfman, E., Parsons, E., & Lyons-Ruth, K. (2004). *Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE): Manual for coding disrupted affective communication* (2nd ed.). Harvard University Medical School. Unpublished manual. Bronfman, E., Parsons, E., & Lyons-Ruth, K. (1999). Cambridge, MA: Harvard Medical School.

15. Dekker - van der Sande, F. & Janssen, C. (2010). Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag. Best practice voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking. Den Haag: Lemma.
16. 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.
17. 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.
18. Ezinga, M. A. J., Weerman, F. M., Westenberg, P. M., & Bijleveld, C. C. J. H. (2008). Early adolescence and delinquency: levels of psychosocial development and self-control as an explanation of misbehaviour and delinquency. *Psychology, Crime & Law*, 14(4), 339-356.
19. 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.
20. Goldwyn, R., Stanley, C., Smith, V., & Green, J. (2000). The Manchester child attachment story task: relationship with parental AAI, SAT and child behaviour. *Attachment & Human Development*, 2(1), 71-84.
21. Green, J., Stanley, C., Smith, V., & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & Human Development*, 2(1), 48-70.
22. van Hoof, M. (2017). Diagnostiek van gehechtheid in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 546-553.
23. Kelly, K., Slade, A., & Grienberger, J. F. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7, 299-311.
24. Kerns, K. A., Abraham, M. M., Schlegelmilch, A., & Morgan, T. A. (2007). Mother–child attachment in later middle childhood: Assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attachment & Human Development*, 9(1), 33-53.
25. Kerns, K. A., Tomich, P. L., Aspelmeier, J. E. and Contreras, J. M. 2000. Attachment based assessments of parent – child relationships in middle childhood. *Developmental Psychology*, 36, 614–626.
26. Kiff CJ, Lengua LJ, Zalewski M. (2010). Nature and Nurturing: Parenting in the Context of Child Temperament. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 14(3), 251-301.
27. 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.
28. Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164-173.
29. Lange A. (2001). *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst – Revised Verantwoording en handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
30. Lopez-Maestro, M., Sierra-Garcia, P., Diaz-Gonzalez, C., Torres-Valdivieso, M. J., Lora-Pablos, D., Ares-Segura, S., & Pallas-Alonso, C. R. (2017). Quality of attachment in infants less than 1500 g or less than 32 weeks. Related factors. *Early Human Development*, 104, 1-6.
31. 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.
32. 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.
33. Patterson, G. R., & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 1299-1307.



34. 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.
35. Shmueli-Goetz, Y; Target, M; Fonagy, P; Datta, A; (2008) The child attachment interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology* , 44, 939 – 956.
36. Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan, M. (2004). The Parent Development Interview-Revised. Unpublished protocol. The City University of New York.
37. 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.
38. 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.
39. Stor, P., & Storsbergen, H. (2006). Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het herkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Uitgeverij Lemma BV.
40. Target, M; Fonagy, P; Shmueli-Goetz, Y; (2003) Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy* , 29 (2) 171 - 186.
41. 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.
42. Wissink, I. B., Colonesi, C., Stams, G. J. J. M., Hoeve, 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.
43. Wolff, de M., Bakel van, H.J. A. , Juffer, F., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2012). *Richtlijn Problematische Gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, NIP en NVO.
44. 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.
45. 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. Als de ouders relatief goed functioneren, maar problemen hebben met sensitief opvoeden of grenzen stellen, dan krijgen zij begeleiding aangeboden in de vorm van een video-feedback interventieprogramma in de JGZ (zoals VIPP-SD, K-VHT of VIB).
2. Ouders of jeugdigen die tot een specifieke risicogroep behoren krijgen een geïndiceerde interventie in de JGZ aangeboden zoals Stevig Ouderschap bij kwetsbare gezinnen en VoorZorg bij jonge, alleenstaande moeders.
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 vroegkinderlijke 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 (kortdurende) video-feedback in 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 werden 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 9 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 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 weldegelijk 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
⊕⊕⊕⊖ <b>HOOG</b>	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 grenzen stellen, dan krijgen zij begeleiding aangeboden in de vorm van een video-interventieprogramma in de JGZ (bijvoorbeeld VIPP-SD). Ouders of jeugdigen die tot een risicogroep behoren krijgen een geïndiceerde interventie in de JGZ aangeboden, zoals Stevig Ouderschap bij kwetsbare gezinnen of Voorzorg bij jonge, alleenstaande moeders. Deze interventies 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 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 jonge, alleenstaande moeders, laagopgeleide ouders of gezinnen waar een risico aanwezig is op kindermishandeling is groter, en is beter onderzocht. Voor drie JGZ-interventies zijn er volgens de erkenningscommissie “Effectieve Jeugdinterventies” van het NJi “aanwijzingen voor effectiviteit”: Voorzorg, Stevig Ouderschap en de VIPP-SD, waarbij alle drie de

interventies een bredere focus hebben dan alleen 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** (Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline; 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, 2016). Onderzoek geeft sterke aanwijzingen dat de interventie positieve effecten heeft op zowel de doelen op kindniveau als op ouderniveau.

#### *Opvoedondersteuning*

**Triple P: Positief Pedagogisch Programma niveau 4 en 5** is een oudertraining gericht op het voorkomen of verminderen van milde tot ernstige emotionele en gedragsproblemen bij kinderen in de leeftijd 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** 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. Tijdens 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 aantoonbaar vermindert, de effecten zijn het hoogst in gezinnen met een eerste kind en veel stressoren.

**VoorZorg** (Mejdoubi, 2014) is een huisbezoekprogramma voor jonge, laagopgeleide zwangere vrouwen met een eerste kind en diverse problemen. 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. Er is een RCT uitgevoerd bij 460 vrouwen: 237 vrouwen werden toegewezen aan een interventiegroep en 223 aan de controlegroep (gebruikelijke zorg). Er waren zes meetmomenten waarbij interviews thuis werden afgenomen tussen de leeftijd van 2 weken en 24 maanden. Het onderzoek liet positieve effecten: in de VoorZorg-groep kwam minder mishandeling en huiselijk geweld voor en bleek de leefstijl van de moeders gezonder (minder roken, langer borstvoeding).

### Veelbelovende initiatieven

taande interventies zijn in de databank “Effectieve Jeugdinterventies” van het NJi aangemerkt als ‘goed onderbouwd’, maar er zijn (nog) geen aanwijzingen voor effectiviteit:

- 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 (Fukkink, 2007; 2008).
- **Zwanger, bevallen, een kind** (ZBK) 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.
- De **cursus ‘Een kindje krijgen’** (ontwikkeld door St. Babykennis) is gebaseerd op de cursus Zwanger, Bevallen, een Kind, maar dan geschikt gemaakt 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** (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 interventie goed uitvoerbaar is en dat deelnemers en zorgverleners enthousiast zijn.

### Practice-based initiatieven

taande interventies worden in de praktijk gebruikt, maar zijn (nog) niet opgenomen in de databank “Effectieve Jeugdinterventies” van het NJi:

- **Prenatale huisbezoeken 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 op dit moment landelijk uitgevoerd.

- Het **eengespreksmodel** (Kuipers, 2015) is een methodiek waarmee een JGZ professional tijdens de eerste reguliere contactmomenten de ouder-kindrelatie bespreekbaar kan maken met ouders. 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 methodiek 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 te gaan maken, en de ouder te versterken in zijn/haar competentie als ouder. De methodiek is op procesniveau geëvalueerd bij JGZ Envida in Zuid Limburg en zowel JGZ professionals als ouders zijn enthousiast over de methodiek.
- **Dunstan babytaal** (Dunstan, 2012). Huilen is de manier waarop een pasgeboren baby communiceert met zijn of haar omgeving. Soms huilt een baby om lichamelijke of emotionele spanning te ontladen, maar vaak huilt een baby om een lichamelijke behoefte duidelijk te maken. Dunstan Babytaal onderscheidt in de voorfase van het huilen, voordat het luide 'gefrustreerde' huilen losbarst, vijf kenmerkende reflexgeluiden met ieder een heel specifieke betekenis. Er is een geluid voor honger hebben, moe zijn, een boertje moeten laten, darmkrampjes hebben of ongemak hebben aan de huid (bijvoorbeeld een vieze luier, te warm, te koud) en/of overprikkeld zijn. Met Dunstan Babytaal kan de vroege ouder-kind interactie geoptimaliseerd worden doordat ouders beter kunnen afstemmen op de behoeftes van hun pasgeboren baby. De methodiek is voor zover bekend niet op werkzaamheid geëvalueerd.

### 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 vroegkinderlijke 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 <LINK>](#)). 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, 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](http://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. Bouwmeester-Landweer, M. B. (2008). Stevig Ouderschap. *JGZ Tijdschrift Voor Jeugdgezondheidszorg*, 40(3), 59.
6. 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.
7. Branje, S., Laursen, B., & Collins, W. A. (2012). Parent-child communication during adolescence. *Routledge handbook of family communication*, 2, 271-286.
8. 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. Universiteit Utrecht. 12 december 2012.
9. Colonesi, C., Wissink, I. B., Noom, M. J., Asscher, J. J., Hoeve, M., Stams, G. J. J., ... & Kellaert-Knol, M. G. (2013). Basic trust: an attachment-oriented intervention based on mind-mindedness in adoptive families. *Research on Social Work Practice*, 23(2), 179-188.
10. Crijnen, A., Heijkant, S. van den, Struijff, E. & Timmermans, M. (2015). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'VoorZorg'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).
11. Doesum, K. van, Riksen-Walraven, J.M., Hosman, C.M.H., & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 79, 547-561.
12. Doesum, K. van (2016). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Ouder-baby interventie'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).
13. Doughty, C. (2007). Effective strategies for promoting attachment between young children and their parents. Christchurch, New Zealand: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA).
14. Dunstan, P. (2012). *Calm the Crying*. Penguin.
15. 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.
16. 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.
17. Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904-916.



18. Fukkink, R. G., Trienekens, N., & Kramer, L. (2010). Video-feedback in opleiding en training: Leren in beeld gebracht. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
19. 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.
20. Giltaij, H., Sterkenburg, P. S., Schuengel, C., Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). Gehechtheidsstoornissen. *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*, 127-144.
21. Giltaij, H. P. (2017). *Diagnostic Assessment of Attachment Related Disorders in Children with Intellectual Disability*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam
22. Gezondheidsraad (2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*. Den Haag: Gezondheidsraad.
23. Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Lawrence Erlbaum/Taylor & Francis.
24. Juffer, F. (2010). *Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingsituaties. Inzichten uit gehechtheidsonderzoek*. Den Haag: Raad voor de Rechtspraak.
25. 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.
26. 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
27. Hielkema, M., de Winter, A. F., de Meer, G., & Reijneveld, S. A. (2011). Effectiveness of a family-centered method for the early identification of social-emotional and behavioral problems in children: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*, 11(1), 636.
28. Keijsers, L., Branje, S. J., VanderValk, I. E., & Meeus, W. (2010). Reciprocal effects between parental solicitation, parental control, adolescent disclosure, and adolescent delinquency. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 88-113.
29. Kerr, L., & Cossar, J. (2014). Attachment interventions with foster and adoptive parents: A systematic review. *Child Abuse Review*, 23(6), 426-439.
30. 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.
31. Kuipers, P. (2015). *Eerste hulp bij hechting: taal voor ouders en hun jonge kind*. De Tijdstroom.
32. Laursen, B., DeLay, D., & Adams, R. E. (2010). Trajectories of perceived support in mother-adolescent relationships: The poor (quality) get poorer. *Developmental Psychology*, 46(6), 1792.
33. 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.
34. Meeus, W. (2019). *Ontwikkeling van relaties met ouders en vrienden en empathie*. In *Vallen en opstaan in de adolescentie* (pp. 55-81). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
35. Mortensen, J. A., & Mastergeorge, A. M. (2014). A meta-analytic review of relationship-based interventions for low-income families with infants and toddlers: Facilitating supportive parent-child interactions. *Infant Mental Health Journal*, 35(4), 336-353.
36. 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.
37. Patterson, G. R., & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 1299-1307.
38. Polderman, N. (2016). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Basic Trustmethode'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).
39. Rutter, M., Sonuga-Barke, E.J., Beckett, C., Castle, J., Kreppner, J., Kumsta, R., ... & Gunnar, M.R. (2010). Deprivation-specific psychological patterns: Effects of institutional deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75,1 –252

40. 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>
41. Smyke, A.T., Zeanah, C.H., Gleason, M.M., Drury, S.S., Fox, N.A., Nelson, C.A., & Guthrie, D.G. (2012). A randomized controlled trial of foster care vs. institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169, 508–514.
42. Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., Steele, H., Hillman, S., & Asquith, K. (2008). Forecasting outcomes in previously maltreated children: The use of the AAI in a longitudinal adoption study. *Clinical applications of the adult attachment interview*, 427-451.
43. Vink, R. M., Rijnders, M. E. B., Dommelen, P. V., & Broerse, A. (2009). *Vroeg signaleren van ongunstige opgroeiomstandigheden door verloskundigen in Zaanstad en Amsterdam-Noord*. Leiden: TNO.
44. Vink, R., van Sleuwen, B., & Boere-Boonekamp, M. (2013). *Evaluatie prenatale huisbezoeken JGZ*. Leiden: TNO.
45. Wolff, M.S. de, Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P.S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2014). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
46. 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 metaanalysis of early parenting interventions. *PloS one*, 12(7), e0180858.
47. IJzendoorn, M. H. van, & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). *Gehechtheid en trauma. Diagnostiek en behandeling voor de professionals*. Amsterdam: Hogrefe.
48. Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood—clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207-222.
49. Zeanah, C. H., Chesher, T., Boris, N. W., Walter, H. J., Bukstein, O. G., Bellonci, C., ... & Hayek, M. (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.
50. 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.

## 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 lichamelijke, 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 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 aangegepen.

### Betrokken professionals

Kenmerkend voor de JGZ professional is zijn 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, de jeugdhulpverlening en het onderwijs. De volgende professionals en organisaties 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 werkzaam zijn: gedragswetenschapper, pedagoog of pedagogisch medewerker, opvoedadviseur, logopedist en soms voorlichters eigen taal en cultuur;
- De huisarts: 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;
- GGZ/POP poli: biedt onderzoek en behandeling bij 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 (LVB): 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. Het idee is dat 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 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 huiselijk geweld en kindermishandeling.
- 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.
- Infant Mental health specialisten (IMH): zelfstandige beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg voor -9 maanden tot en met vijfjarigen, die werkzaam zijn binnen een multidisciplinaire context;
- Algemeen maatschappelijk werk: biedt begeleiding bij schuldhulpverlening, relatieproblemen, huisvestingsproblemen, werk en inkomen.
- Schoolmaatschappelijk werk: biedt coördinatie en afstemming van hulpverlening in en rondom school.

### *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 kunnen signaleren:

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

Vanaf de leeftijd van twee tot vier jaar gaan jeugdigen steeds meer tijd doorbrengen op (voor)schoolse voorzieningen, zoals kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, scholen, na- en voorschoolse opvang. Medewerkers van (voor)schoolse voorzieningen maken de jeugdige in verschillende situaties gedurende een langere tijd mee (in de groep, in de omgang met leeftijdgenoten) en kunnen de jeugdige en diens gedrag vergelijken met leeftijdgenoten. Zij hebben hierdoor een goed beeld van het functioneren van een jeugdige. Daarnaast kunnen zij voor ouders een eerste aanspreekpunt zijn als ouders vragen rond de ontwikkeling of opvoeding ervaren. Vaak is de JGZ onderdeel van het ondersteuningsnetwerk van (voor)schoolse voorzieningen, bijvoorbeeld in de vorm van een ondersteuningsteam of begeleidingscommissie. In dit ondersteuningsnetwerk kunnen zowel de JGZ professional als de medewerkers van (voor)schoolse voorzieningen kennis en

informatie uitwisselen. Hiervoor is uiteraard toestemming van de ouders en/of jeugdige (afhankelijk van de leeftijd) nodig.

Gemeenten willen integrale kindcentra oprichten voor kinderen van nul tot twaalf jaar, waarin kinderopvang, peuterspeelzaal en basisonderwijs samenkomen op één plek .

## Gegevensuitwisseling

### *Geboortezorg*

In de geboortezorg worden regelmatig gegevens gedeeld en overgedragen. Dit kan momenteel niet of slechts gedeeltelijk via digitale uitwisseling. Hierdoor is de kans op fouten groter. Zorgverleners kunnen beter samenwerken als zij steeds over de juiste informatie beschikken over de cliënt. In 2019 zijn initiatieven gestart om de uitwisseling van gegevens in de geboortezorg te optimaliseren.

Babyconnect is een landelijk actieprogramma voor gebruiksvriendelijk informatie uitwisselen tussen cliënten en zorgverleners, en zorgverleners onderling. Het doel is naadloos aansluitende zorg voor moeder en kind(eren) rond de zwangerschap en geboorte, inclusief de overdracht naar andere zorgverleners van de cliënte en haar kind, waaronder de jeugdgezondheidszorg, kinderarts en huisarts.

Daarnaast werken het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), GGD GHOR Nederland en ActiZ Jeugd aan 'Elektronische gegevensuitwisseling tussen geboortezorg en jeugdgezondheidszorg'.

### *Wettelijke kaders rond privacy en gegevensuitwisseling*

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 knelpuntenbevinden 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 werkgroep vergadering (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 ..... 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 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	Jeugd verpleegkundige
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'
Femie Juffer	Universiteit Leiden, afdeling Algemene Pedagogiek	Hoogleraar Adoptie
?	NHG	

<b>Joke van Wieringen</b>	PHAROS	Adviseur
<b>Carlijn Sturm</b>	GGD Hart voor Brabant	Jeugdarts KNMG
<b>Margreet de Ruijter</b>	GGD Nijmegen/NCJ	Stafverpleegkundige en docent bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en bij de AVANS+ Postbachelor Jeugdverpleegkundige

### Participatie van ouders en jongeren

In de werkgroep is een oudervertegenwoordiger opgenomen.

### 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><b>Welke (gevalideerde) instrumenten en strategieën kunnen JGZ-professionals gebruiken om de ouder-kindrelatie ter sprake te brengen en een eventuele verstoring te signaleren?</b></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 &lt; naam instrument &gt;.          Comparison: Geen toepassing van instrument &lt; naam instrument &gt;.          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><b>Met welke strategieën kunnen JGZ professionals de interactie tussen jeugdigen met hun ouders of omgeving inzichtelijk/bespreekbaar maken?</b></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 &lt; naam instrument &gt;  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><b>Welke effectieve interventies zijn bruikbaar in de JGZ om ouders en jeugdigen te ondersteunen bij een verstoorde ouder-kindrelatie?</b></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 jeugdinterventie 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.

<b>Matig</b>	Het werkelijke effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
<b>Laag</b>	Het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.
<b>Zeer laag</b>	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'.	
<b>Afwaarderen</b>	'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
<b>Opwaarderen</b>	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

<volgt>

### Belangenverstremming

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.