

## De eerste duizend dagen: belang versus kwetsbaarheid van sensibiliseren voor vroege invloeden op jonge kinderen

**NICOLE VLIEGEN** stelt in haar bijdrage vast dat er doorheen de voorbije decennia veel kennis is opgebouwd over de vroege ontwikkeling van kinderen, over de ontwikkelingen van ouderschap en over hoe vroege ervaringen van invloed kunnen blijven doorheen het verdere leven. We begrijpen hoe langer hoe beter hoe latere somatische en mentale gezondheidsproblemen tot stand zijn gekomen. Dat leidt tot het idee dat goede maatschappelijke zorg en aandacht voor jonge kinderen en pril ouderschap mee verantwoordelijk kan zijn voor preventie en herstel. Wanneer deze kennis echter wordt ingezet in een eng opgevat preventiedenken, draagt het meerdere potentiële risico's in zich. Deze risico's gaan over (a) de mogelijke uitholling van een begrip als trauma of toxische stress, (b) het oververantwoordelijk maken van ouders voor wie ze geworden zijn, (c) dat een eng preventiedenken eerder deuren sluit dan ze te openen, en (d) dat plasticiteit wordt gezien als iets dat slechts één richting uitgaat. Vliegen bepleit dan ook vooral een positieve, zorgzame en veerkrachtgerichte omgang met gezinnen die om welke reden dan ook in zwaarder weer belanden.

**E**en chirurgische ingreep zonder verdoving op het kleine lijfje van een prematuur geboren kind, het dateert niet van eeuwen geleden, maar van de jaren tachtig. In 1986 werden de laatste kinderen van 15 maanden oud geopereerd zonder verdoving. In de pediatrie praktijk was er geen aandacht voor pijnstilling bij kanker of brandwonden, vertrekkende van de gedachte dat jonge kinderen geen pijn beleefden. Kinderen werden met spierverlappers als het ware geparalyseerd, en ondergingen de pijn zonder hun stem of hun lijf te kunnen gebruiken om tot uiting te brengen wat ze beleefden.

Pas in de late jaren tachtig ontstond een bewustzijn dat kinderen wel degelijk pijn ervaarden. Professoren pediatrie Anand en collega's (1987) bewezen op

basis van een gerandomiseerd klinisch experiment – een onderzoek waarbij de deelnemers op toevallige wijze worden ingedeeld bij een testgroep en een controlegroep – dat dit heersende idee ‘ze voelen geen pijn’ niet klopte. Pijn bleek zelfs tot immense stress te leiden, ook bij zeer jonge kinderen (Anand, 2019). Professoren in de geneeskunde Johnston en Strada (1986) observeerden baby’s tijdens een vaccinatie, en vonden dat baby’s wel degelijk pijnreacties vertoonden via hun gelaatsexpressie, hun lichaamsbeweging, door te huilen en via een verhoogd hartritme.

Eind jaren tachtig boemt de literatuur over pijn en pijnbestrijding in de pediatrische praktijk (Schechter, 1989). Geleidelijk aan kwam er aandacht voor de mogelijke desastreuse lichamelijke en psychische gevolgen van intense pijnbeleving op hele jonge leeftijd. De medische wereld begon jonge kinderen als ‘menses’ te zien, met een binnenwereld van denken en voelen, van pijn beleven en stress ervaren.

## **Infant mental health: insteek**

In diezelfde jaren tachtig legde de maatschappelijk werker en professor kinderpsychoanalyse Selma Fraiberg (1980) zich toe op het werken met gezinnen met jonge kinderen. In haar werk, dat ze ‘psychotherapie aan de keukentafel’ noemde, wilde ze de ontwikkeling van jonge kinderen ondersteunen – in het Engels: ‘developmental guidance support’ – en ouders helpen de ontwikkelingsnoden en de communicatie van hun kinderen beter te begrijpen. Daarbij vertrok ze vanuit de gedachte dat een kind al van bij het levensbegin beschikt over een binnenwereld van ervaren, voelen en denken. Vanuit die focus op de allerkleinsten in de samenleving, hun emotioneel en relationeel welbevinden en dat van hun ouders, gebruikte zij als eerste auteur in het jaar 1980 het concept ‘Infant Mental Health’ (IMH). Infant Mental Health stelt de vroege ouder-kindrelatie en de hechte relaties die de baby uitbouwt met belangrijke anderen, centraal.

Voor Fraiberg beschikt een kind al vroeg – en lang voor er taal is – over capaciteiten om de emotionele en relationele communicaties van de volwassenen rondom hem te absorberen. Haar concept ‘ghosts in the nursery’ (1975) ver-

wijst naar hoe de moeilijkheden en kwetsuren van ouders al vroeg voelbaar en observeerbaar zijn in de relaties tussen ouders en kinderen. Een van haar hoofdstukken betreft bijvoorbeeld een naar haar verwezen ‘verwerpende moeder’ die haar kind wil afstaan. Ze beschrijft een baby die de eerste vijf maanden grotendeels in een wiegje doorbracht, en weinig interactie aangeboden kreeg. Ze ging begrijpen hoe dit tekort aan goede zorg geworteld was in een depressie bij deze moeder met een traumageschiedenis. Ze observeert een lusteloos, te stil kind dat weinig initiatief neemt tot contact, en begrijpt dit als reactief op het depressieve aanbod van de moeder. Haar schrijven focust vervolgens op hoe ze met deze ouder(s) en dit kind aan de slag is gegaan overheen anderhalf jaar. Zo brengt ze onder de aandacht hoe ouderlijke kwetsuren van invloed kunnen zijn op het welbevinden en de ontwikkeling van de volgende generatie, maar ook hoe een therapeutisch ingrijpen helpend kan werken voor zowel het ontwikkelende kind als de relatie tussen ouder en kind.

Die beide bewegingen in eenzelfde tijdsscharnier – binnen het medische en het psychologische domein – zijn interessant: er ontstaat aandacht voor de binnenwereld van kinderen vanuit medische, kinderpsychiatrische en ontwikkelingspsychologische invalshoek, en vanuit de psychoanalytische geïnspireerde kindhulpverlening die vorm begint te krijgen, tegen een achtergrond van andere domeinen waar er nog niet meteen gedacht werd over jonge kinderen als persoontjes met een binnenwereld van denken en voelen.

## **Infant Mental Health: evolutie**

In 1980 wordt de *World Association for Infant Psychiatry* (WAIP) opgericht, die in 1992 *World Association for Infant Mental Health* (WAIMH) wordt genoemd. Infant Mental Health gaat over het brede domein van zorg voor de (psycho-sociale) gezondheid van de allerkleinsten in onze samenleving. Eigen aan dit domein is de essentieel relationele bril, waardoor het kind altijd wordt beschouwd als ingebed binnen de relaties met alle zorgfiguren die hun omringen, zowel binnen de persoonlijke kring als in het kader van een professionele context. Het emotionele en relationele welbevinden van jonge kinderen is onlosmakelijk verbonden met het emotionele en relationele welbevinden van hun zorgfiguren (Vliegen & Verhaest, 2020). Een pasgeboren baby wordt

beschouwd als een persoontje, een voelend wezentje dat hun verdere denken en voelen ontwikkelt binnen een relationele context. De vroegste relaties doorheen de eerste levensjaren van een mens drukken een grote stempel op de lichamelijke en socio-emotionele ontwikkeling.

Voorafgegaan door John Bowlby (die de gehechtheidsontwikkeling uitrolde, 1969) en Margaret Mahler (die sprak over 'de psychologische geboorte' van een kind, 1975) hebben talloze ontwikkelingspsychologen en kinderpsychiaters binnen de Infant Mental Health het vergrootglas gericht op bepaalde aspecten van vroege ontwikkeling en de invloed van vroege relaties. Zo is er Bob Emde, de grondlegger van een denken over zelfontwikkeling en van een concept als 'emotionele beschikbaarheid' (Emde, 1980). Naast fysieke nabijheid is het ervaren van emotionele beschikbaarheid van de ouder(s) belangrijk voor jonge kinderen. Of psycholoog Daniel Stern, die de relationele wereld van de baby beschrijft (1985), en daarbij beklemtoont dat kindontwikkeling geen individueel gegeven is. Hij illustreert uitvoerig de wederkerigheid tussen hoe de baby emotioneel of anders reageert op bepaalde situaties, en hoe de omgeving dan weer reageert op de baby. Later beschreef Stern bepaalde 'transitie'-aspecten van ouderschap, bijvoorbeeld hoe de focus van een vrouw verandert op het moment dat ze moeder wordt, en waarvoor hij het nu bij hulpverleners breed bekende concept 'the motherhood constellation' introduceerde (Stern, 1998).

Wat veel auteurs 'met een IMH-stempeltje' met elkaar gemeen hebben, is het zoeken naar een wetenschappelijk onderbouwd en op de praktijk gericht schrijven. Zo kwamen er ontwikkelingspsychologische en psychotherapeutische concepten die een blijvende impact hebben op de hulpverlening. Om er maar enkele te noemen: Greenspan en Wieder (2000) ontwikkelden de 'interventiepiramide', een hulpmiddel voor hulpverleners bij het inschatten van de grootste noden van een gezin. Sameroff (2009) beschreef een klinisch relevant interactiemodel dat helpt begrijpen hoe kinderen en ouders elkaar beïnvloeden. Cooper en collega's ontwikkelden het 'Circle of Security' (Marvin et al., 2002), een model om gehechtheidsrelaties te bevorderen, en Stern beïnvloedde met zijn 'ports of entry' (1995) een denken over hoe een hulpverlener op respectvolle wijze een 'toegangspoort' zoekt tot een systeem. Dit zijn maar enkele van de vele ideeën en concepten die af en toe gebundeld worden in

een *Handbook of Infant Mental Health* door Charles Zeanah Senior (1993) en Charles Zeanah Junior (2000, 2012, 2019). Deze auteurs drukten een stevige stempel op de kinderplichtverlening en op de ouder-kindpsychotherapie door concepten aan te reiken die nog altijd als relevant worden beschouwd.

## De impact van Vroege Negatieve Levenservaringen

Het vooral in het Engels bekende concept 'Adverse Childhood Experiences (ACEs)' vertaald als 'vroege negatieve levenservaringen', komt vanuit een ander perspectief. Een grootschalige epidemiologische studie bevroeg volwassenen over hun huidige gezondheid en hun vroegere levenservaringen. Deze studie van de auteurs Anda, Felitti en collega's, maakte scherp duidelijk wat binnen de psychologie en de psychotherapie al decennia een domein van aandacht was, met name dat ernstige traumatische ervaringen een specifieke kleur geven aan de vroegste ontwikkeling. Zij vonden dat kwetsbare volwassenen die kampten met een veelheid aan somatische (hartziekte, longziekte, obesitas ...) en mentale gezondheidsproblemen (onder andere depressie, ptss-symptomen, agressieproblemen), vaker rapporteerden dat ze in hun eerste kinderjaren werden blootgesteld aan 'Adverse Childhood Experiences' of ACEs (Felitti et al., 1998).

Uit deze studies kwamen een tiental ingrijpende jeugdervaringen naar boven, die verantwoordelijk blijken te zijn voor die latere gezondheidsproblemen, met name lichamelijk misbruik, seksueel misbruik, verbaal misbruik, lichamelijke verwaarlozing, emotionele verwaarlozing, een gezinslid met een depressie of een andere mentale stoornis, een gezinslid met een alcohol- of andere verslaving, een gezinslid in de gevangenis, getuige zijn van partnergeweld tussen ouders en het verlies van een ouder door separatie, echtscheiding of overlijden. Volwassenen die meerdere van deze ervaringen met zich meedragen, lopen in hun volwassenheid grotere risico's op diverse gezondheidsproblemen. Daarenboven beperken deze gezondheidsproblemen zich niet tot één generatie, maar is er sprake van transgenerationale overdracht.

Deze transgenerationale overdracht is als volgt te verklaren: kinderen die blootgesteld zijn aan meerdere van deze ACEs, vertonen meer schoolse pro-

blemen, meer problemen van dysregulatie en agressie en meer depressie, angst en post-traumatische stressreacties. Doorheen de adolescentie komen er bovenop (en vaak reactief op) de dysregulatie en de depressieve, angstige en post-traumatische stresssymptomen een verhoogd risico op een mid-delenverslaving, schoolse uitval en slachtofferschap in traumatische relaties. Wanneer deze problemen de ontwikkeling naar de volwassenheid zijn gaan kleuren, leiden ze daar weer tot grotere risico's op armoede, depressies, huiselijk geweld en problemen omtrent ouderschap. Wanneer deze volwassenen ouders worden, lopen ze dan weer een groter risico dat deze moeilijkheden een matuur en dragend ouderschap in de weg staan, en dat de volgende generatie opnieuw gaat lijden onder belastende tot destructieve ouder-kinddynamieken (Anda, Felitti et al, 2006). Wanneer het begrijpen van hoe deze dynamieken verlopen, gereduceerd wordt tot een causaal denken over een rechtlijnig proces, en op die manier hulpverlening en/of beleid gaat informeren houdt dat echter ernstige risico's in, zoals we verderop belichten.

## **De eerste duizend dagen: op zoek naar een manier om te wegen op beleid**

Met een helder concept als 'de eerste 1000 dagen' wilde Tessa Roseboom (2018) aandacht vragen voor het belang van een veilige en goede start van het leven voor zoveel mogelijk kinderen in een samenleving. Met dit concept focust zij op hoe kinderen die opgroeien in traumatische omstandigheden, niet alleen vandaag lijden, maar ook hoe deze omstandigheden hun toekomst mee inkleuren. Haar onderzoek naar kinderen die werden geconcipieerd tijdens de hongervinter in Nederland (Roseboom, 2010) toont de immense impact van dergelijke prenatale levenservaring op de latere gezondheid.

Heftige negatieve levenservaringen zijn van invloed op de lichamelijke en socio-emotionele ontwikkeling van kinderen, en hun lijden stopt niet wanneer de negatieve ervaringen stoppen. Het lijden kleurt vaak de latere ontwikkeling, en kan tot in de volwassenheid blijven bestaan. We hebben het dan over kinderen die opgroeien temidden van heftige ervaringen, zoals kinderen die dag in dag uit getuige of zelfs mikpunt zijn van verbaal, fysiek en/of seksueel geweld. Hun basisvertrouwen in zorgfiguren en bij uitbreiding in

latere relaties is vaak duurzaam gekrenkt en geknakt. We hebben het over kinderen die van pleeggezin naar pleeggezin verhuizen zonder veilige banden te kunnen opbouwen, en vaak een diepe kern van eenzaamheid in zichzelf meedragen. We hebben het ook over kinderen die soms elk contact met hun eigen binnenwereld verliezen omdat ze geen aanspraken willen doen op een psychisch zieke ouder, of over kinderen die zodanig ondergestimuleerd worden dat ze de basis missen voor essentiële vaardigheden. We hebben het over kinderen die verslaafd geboren worden, en wiens eerste levensopdracht is af te kicken van toxische stoffen in hun kleine lijfje (Vliegen et al., 2017, 2023).

Waar het belang van deze sinds decennia bestaande kennis over de impact van ernstig verstorende ervaringen op vroege ontwikkeling lang maatschappelijk buiten beeld bleef, heeft het idee van ‘de eerste 1000 dagen’ een plotse vlucht genomen. Deze plotse en hoge vlucht zou een krachtige hefboom kunnen zijn naar een betere bescherming van jonge kinderen en een betere ondersteuning van jonge ouders. Voor IMH-experten gebeurde de doorstroming van IMH-kennis naar de bredere samenleving vaak te traag. Het idee dat kinderen van een trauma geen echte weet hebben, leek wel algemeen gedeelde (of verhoopte?) kennis te zijn, zelfs bij een bloedbad in een kinderdagverblijf. Of je kinderen met vijf of met negen tegelijk aan één zorgfiguur in het kinderdagverblijf toevertrouwt, dat leek tot voor kort weinig te deren. Die bredere doorstroming van kennis is in dat opzicht noodzakelijk en onontbeerlijk gebleken. Toch kan de vraag worden gesteld of die bredere doorstroming aan kennis ook niet een keerzijde heeft.

## Een uitholling van het begrip ‘trauma’

Het eerste risico betreft een inflatie van begrippen als ‘trauma’ en ‘toxische stress’. Jonge kinderen worden getraumatiseerd wanneer ze hun eerste duizend dagen doorbrengen in een context, waarvan de samenleving veronderstelt dat deze een bron van zorg en liefde is, eerder een bron wordt van angst en stress. Ze worden getraumatiseerd wanneer er dag in dag uit tegen hen wordt geroepen of met hen wordt gespot, wanneer ze worden geslagen en fysiek pijn gedaan, wanneer ze worden ingezet voor het seksuele genot van volwassenen, wanneer ze gebruikt worden voor de troost van volwassenen.

Van vroege negatieve levenservaringen of ACEs weten we dat ze een invloed hebben op hoe opgroeiende kinderen kunnen omgaan met hun emoties: kinderen met vroege negatieve levenservaringen worstelen vaak lang en intens met hun eigen gevoelswereld, met allerlei gedragsproblemen tot gevolg. Vroege negatieve levenservaringen kunnen van invloed zijn op hoe deze opgroeiende kinderen nu en in de toekomst relaties zullen aangaan: veel van deze kinderen blijven vanuit een zeker wantrouwen kijken naar volwassenen of geraken elk kompas kwijt over wie wel en wie niet te vertrouwen is. Deze negatieve levenservaringen kunnen ten slotte van invloed zijn op kinderen hun identiteitsontwikkeling: sommigen van hen blijven lang zoeken naar wie ze zijn, blijven vaker onzeker over wat ze voelen of wat ze willen.

Maar ergens in het maatschappelijke debat sluipt het idee binnen dat *elke* minimale stress toxisch zou zijn voor een kindere brein. Er wordt verwezen naar de eerste 1000 dagen om aan te geven dat een kinderdagverblijf, waar veel kindjes samenkomen en waar het dus best druk kan zijn, toxisch zou zijn voor een kind. Er wordt gepleit voor een ouderschap dat mild wordt genoemd, maar dat soms verengd wordt tot een ouderschap waarin elke sprankel van negativiteit of ongeduld dient te worden geweerd. Ouders verwoorden de angst hun kind 'getraumatiseerd' te hebben door een moment van irritatie en ongeduld of door enkele dagen van 'onbeschikbaarheid' (omwille van bijvoorbeeld een professioneel buitenlandverblijf). Geboortetrauma's zijn plots alom, en er zijn beeldende beschrijvingen van hoe door het geboortekanaal gestuwd worden voor baby's een trauma is waar therapie voor nodig is.

Wanneer elke kleine negatieve ervaring als trauma wordt benoemd, doen we echter alle partijen tekort. We verliezen die kinderen uit het oog die echt in nood zijn, want ieder kind is toch getraumatiseerd. De intense hulpverlening die deze kinderen en gezinnen nodig kunnen hebben om te herstellen van traumatische ervaringen, en om goede ontwikkelingen optimaal te vrijwaren, kan dan over het hoofd worden gezien. Het gebeurt wel eens dat kinderen en gezinnen een haast homeopatische dosis hulp krijgen voor immense kwetsuren, omdat de ernst van die kwetsuren onvoldoende wordt gezien. Het doet ook tekort aan alle niet-getraumatiseerde kinderen die groeikansen gaan missen wanneer elke sprankel negativiteit, elke prikkel van onrust in hun leven wordt voorkomen of wanneer elk momentje van 'normale stress' wordt opge-



blazen tot (potentieel) traumatisch. Kleine stressmomenten zijn immers nodig en belangrijk om te kunnen leren en groeien. Wanneer elk klein noodje of wensje onmiddellijk wordt ingevuld, leer je immers niet ‘even te wachten’, wat een eerste bouwsteen is van de capaciteit om even frustratie te verdragen, wat nog later belangrijk wordt om te kunnen doorzetten bij een tegenslag en dus te kunnen leren. Of wanneer je nooit even iets doet zonder je ouders, kan je niet oefenen met het gevoel dat die wel weer terugkomen en dus voor jou aanwezig blijven overheen afstand.

## **Oververantwoordelijk maken van ouders voor wie ze (geworden) zijn**

Een tweede risico is het oververantwoordelijk maken van ouders voor de ontwikkeling van hun kinderen. Wanneer kinderen in hun vroege ontwikkeling gekwetst worden, is dat haast altijd doordat hun ouders in zwaar weer zijn beland. Als hulpverlener kom je ze niet zo vaak tegen, ouders die de intentie hebben hun kind te kwetsen of te belemmeren in diens ontwikkeling. Veel vaker ontmoeten we ouders met een groot verlangen hun kind een beter leven te kunnen geven dan wat henzelf te beurt viel.

Bij ouders in extreem moeilijke omstandigheden, bij ouders met een heftige psychische problematiek of bij ouders met een eigen rugzak aan vroege negatieve levenservaringen, zien we vaak een intens verlangen om hun kinderen te beschermen tegen een moeilijk leven. Wanneer kinderen door hun eerste zorgfiguren intens worden gekwetst en getraumatiseerd, hebben we vaak te maken met ouders die vaardigheden missen om goed te kunnen inschatten wat een kind nodig heeft en om op een positieve, constructieve en ontwikkeling ondersteunende manier met hun kinderen om te gaan.

Wanneer er wordt geroepen tegen kinderen zien we vaak ouders die zo overstuur zijn dat ze zichzelf niet goed in de hand hebben en hun eigen emoties niet goed gereguleerd krijgen. Wanneer noden van kinderen niet worden ingevuld, hebben we vaak te maken met ouders die zo geabsorbeerd zijn door eigen overlevingsnoden dat het niet goed lukt de blik op hun kind(eren) te richten. En heel af en toe zijn ouders zo gekwetst en gestoord, dat ze hun kind

vanuit een sadistische impuls kwetsen, krenken en pijnigen. Maar veelal gaat het over ouders die nood hebben aan een samenleving die zorgzaam met hen omgaat, zodanig dat zij meer kansen krijgen om ook zorgzaam te zijn voor hun kinderen. De eerste 1000 dagen zijn niet de individuele verantwoordelijkheid van jonge ouders, ze vergen net een warme samenleving die zorgzaam omgaat met haar jonge ouders, en hen niet nodeloos onder druk zet. Auteurs als Anda en Felitti concludeerden uit hun studies vooral dat interventie voor kwetsbare volwassenen in ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, verslaafdenzorg en detentie niet alleen cruciaal is voor deze volwassenen zelf, maar ook voor volgende generaties. Nergens lees je dat ze deze volwassenen de verantwoordelijkheid of de schuld willen geven voor de moeilijkheden van hun kinderen.

## **Preventie als afvinklijstje, en het risico dat je deuren sluit**

Hoewel niemand twijfelt aan de waarde van preventie op het vlak van Vroege Negatieve Levenservaringen, bestaat hier ten derde het risico dat preventie over-versimpeld wordt tot afvinklijstjes die helpen om de gezinnen op te sporen waar kinderen (mogelijk) gekwetst worden. Wanneer de tien ACEs worden herleid tot een soort van gezinsdiagnose waarvan je de kenmerken kan nagaan in elk gezin, belanden we in een vreemde logica. Deze gedachtegang opent immers het risico dat je een problematiek preventief kan oplossen door deze ACEs te detecteren (waarbij je dan de context mogelijk uit het oog verliest – immers, niet elk overlijden of elke scheiding is op dezelfde manier impactvol). Het gaat ook voorbij aan het idee dat je ontwikkeling wel met terugwerkende kracht kan begrijpen (ik ben angstig in relaties, elke nieuwe relatie brengt de angst teweeg die ik voelde voor mijn ouder met een bipolaire stoornis), maar niet vooruit kan voorspellen (kinderen van een ouder met een bipolaire stoornis ontwikkelen niet allemaal exact dezelfde latere relationele moeilijkheden).

Te snel willen diagnosticeren of in actie schieten, ook al start men met goede bedoelingen, kan ook leiden tot het risico van het beoordelen en culpabiliseren van ouders die in nood zijn voor hulp en ondersteuning. Een preventielijstlogica die beoordeelt en culpabiliseert staat volledig haaks op

een IMH-denken dat focust op een positieve en veerkracht ondersteunende benadering van de ontwikkelingskansen van ouders. Een preventielijstlogica creëert ook een risico dat de gezinnen waarmee we als hulpverleners graag in gesprek zouden gaan over hun zorgen en moeilijkheden, hun deuren dichthouden uit angst voor de oordelende blik en de beslissingen die daar uit kunnen voortkomen.

## **Plasticiteit geeft ook hoop op verandering**

Een vierde en laatste risico betreft de eenzijdige interpretatie van de plasticiteit van ontwikkeling. Wanneer ontwikkeling de plasticiteit in zich draagt om zich aan te passen aan negatieve levenservaringen, is er uiteraard diezelfde plasticiteit, diezelfde mogelijkheid, om beïnvloed te worden door positieve omstandigheden. Er dreigt een denken te ontstaan waarin alle beïnvloeding in één richting gaan en onherroepelijk worden vastgelegd doorheen de eerste 1000 dagen – en waarbij de plasticiteit alsnog dan ergens ‘stolt’. Waarom middelen en energie besteden aan kinderen die toch al ‘verknoeid’ zijn?

Uiteraard blijven ook later nog veel ervaringen van invloed op kinderen, jongeren en volwassenen. Zo kan je in de beste omstandigheden zijn opgegroeid doorheen je eerste levensjaren, en in je puberteit geconfronteerd worden met verlies, gepest worden, oorlog in je woonomgeving die dermate ingrijpend zijn dat je er ziek van wordt. En uiteraard zijn er kinderen die erg moeilijke ervaringen meedragen, en die erin slagen met de hulp van latere helpende relaties of therapeutische hulp deze ervaringen om te buigen naar iets dat waardevol is (en wat door therapeuten dan post-traumatische groei wordt genoemd).

Een genuanceerd denken over kwetsbaarheid en veerkracht nodigt eerder uit te denken in termen van kaarten die je krijgt toebedeeld bij de start van het spel. Het ene kind krijgt absoluut wat lastigere kaarten toebedeeld dan het andere, en die bepalen zeker mee hoe het spel zal verlopen, maar ze leggen nooit alles vast. Sommige kinderen jongleren zich met behoorlijk pittige kaarten een constructieve weg door het leven, anderen trekken zich op aan de joker die het latere leven hen toebedeelt.

## Maatschappelijke zorg en aandacht voor jonge gezinnen

Er is nood aan nuance in het debat, waarin aandacht en zorg voor jonge kinderen stevast hand in hand gaan met zorgzame aandacht voor hun prille ouders. Het verhaal van de eerste duizend dagen en dat van de Vroege Negatieve Levenservaringen wil een samenleving sensibiliseren over dat kinderen lijdende wezens kunnen zijn die kunnen getraumatiseerd worden door extreem kwetsende ervaringen binnen hun gezins- en leefcontext. Deze verhalen willen echter vooral een overheid sensibiliseren om ouders de steun te geven die nodig is om goed voor hun kinderen te zorgen. Ze willen instanties zoals (psychiatrische) ziekenhuizen, huizen waar geestelijke gezondheid centraal staat, plekken waar er zorg is voor verslaafden, huizen van detentie, plekken waar gevluchte of oorlogsgetraumatiseerde volwassenen worden opgevangen ... sensibiliseren om stil te staan bij het ouderschap van de volwassenen waarmee zij werken. Een vraag naar 'zijn er kinderen?', 'hoe stellen de kinderen het?' of 'wie zorgt er nu voor uw kinderen?' kan voorkomen dat kinderen in de kou blijven wanneer het niet zo goed gaat met hun ouders.

Het Infant Mental Health gedachtegoed is een positief en veerkrachtgericht denken, en bepleit maatschappelijke plaatsen waar ouders op verhaal kunnen komen en ruimte krijgen voor hun vragen en zorgen. Het bepleit een open en niet-oordelend denken en spreken met ouders dat hen toelaat te durven laten zien wat er niet goed gaat (Vliegen & Verhaest, 2020). De huisarts die durft te vragen 'Hoe gaat het met jullie, hoe houden jullie dit vol?', de verpleegkundige die een kop koffie aanbiedt en even bij de ouder gaat zitten met de vraag 'Hoe bang zijn jullie wel geweest, toen je partner hier werd binnengebracht? En hoe gaat het met de kinderen?' of de leerkracht die durft te vragen 'Ik zag u gisteren nogal overstuur geraken op de speelplaats, kan ik ergens mee over nadenken?'

Een samenleving die ernstig wil inzetten op vroege ontwikkeling en op de preventie van ACEs, en die concrete vorm wil geven aan het daarmee samenhangende idee dat 'it takes a village to raise a child', dient vooral te zorgen dat de eerste sociale cirkels rondom kind en gezin positieve en groeibevorderende plekken kunnen zijn. Voor de eerste levensjaren betreft dat de kinderopvang, vanaf 2,5 à 3 jaar gaat dat over de kleuterschool. Cruciaal is dat een samenleving garandeert dat dit positieve en zorgzame plekken zijn die toegankelijk

zijn voor iedereen. Net voor de meest kwetsbare kinderen en ouders kunnen deze plekken een belangrijke ‘preventieve’ waarde hebben wanneer ze bijvoorbeeld die vitale contacten bieden die een kind thuis een tijd moet missen, wanneer ze de ouder de kans geven om even op adem of op verhaal te komen wanneer die na een zware werkdag de ruimte moet vinden om er te zijn voor een kind of wanneer de heftige relatie tussen een ouder en een kind voor het eerst taal vindt die kan leiden tot het aanvaarden van professionele hulp.

Niet het ACEslijstje op zich is het belangrijkste instrument voor goede zorg voor de allerkleinsten, maar wel hoe de kennis die we daaruit overhouden verbonden geraakt met goede hulpverlenende vaardigheden, en op die manier vroege traumatisering en de impact daarvan op generaties herkent, opvangt, buffert, taal geeft ... zonder ouders af te rekenen of te veroordelen.

## Over de auteur

Nicole Vliegen is Hoogleraar Klinische Psychologie aan de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven. Ze is academisch verantwoordelijke voor een praktijkteam psychodynamisch kinderpsychotherapeuten in PraxisP (KU Leuven) en van de opleidingen psychodynamische kindtherapie en Infant Mental Health.

E-mail: nicole.vliegen@kuleuven.be

## Literatuur

**Anand, K.** (2019). Discovering pain in newborn infants. *Anesthesiology*, 131, 392–395.

**Anand, K., Sipwell, W., & Aynsley-Green, A.** (1987). Randomised trial of fentanyl anesthesia in preterm babies undergoing surgery: Effects on the stress response. *Lancet*, 1, 243–248.

**Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, Ch., Perry, B., Dube, S., & Giles, W.** (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence from neurobiology and epidemiology. *European Archives in Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186.

- Bowlby, J.** (1969). *Attachment and loss*. Hogarth Press.
- Emde, R.** (1980). Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In P. M. Taylor (Ed.), *Parent-infant relationships* (pp. 87–115). Grune & Stratton.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M., & Marks, J.** (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fraiberg, S.** (1980). *Clinical studies of infant mental health: The first year of life*. Basic Books.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V.** (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to impaired infant-mother-relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387–422.
- Greenspan, S.I., & Wieder, S.** (2000). Principles of clinical practice for assessment and intervention. In *The Interdisciplinary Council on Development and Learning Disorders (ICDL) Clinical Practice Guidelines Workgroup: Clinical practice guidelines: Redefining the standards of care for infants, children, and families with special needs* (pp. 55–82). Ann Arbor: University of Michigan.
- Johnston, C., & Strada, M.** (1986). Acute pain response in infants: A multidimensional description. *Pain*, 24(3), 373–382.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A.** (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Routledge.
- Marvin, R. S., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B.** (2002). The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4(1), 107–124.
- Roseboom, T.** (2018). *De eerste 1000 dagen. Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*. De Tijdstroom.
- Roseboom, T., & Van de Krol, R.** (2010). *Baby's van de hongerwinter. De onvermoede erfenis van ondervoeding*. Dedicon.
- Sameroff, A.** (2009). *The transactional model*. American Psychological Association.
- Schechter, N.** (1989). The undertreatment of pain in children: An overview. *Pediatric Clinics of North America*, 36(4), 781–794.
- Stern, D.** (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
- Stern, D.** (1995). *The motherhood constellation*. Basic Books.

- Vliegen, N., Tang, E., Midgley, N., Luyten, P., & Fonagy, P.** (2023). *Therapeutic work for children with complex trauma. A three-track psychodynamic approach*. Routledge.
- Vliegen, N., Tang, E., & Meurs, P.** (2017). *Van kwetsuur naar litteken. Hulpverlening aan kinderen met complex trauma*. Pelckmans-Pro.
- Vliegen, N., & Verhaest, Y.** (Red). (2020). *Vroege ontwikkeling alle kansen geven. Infant Mental Health: Geestelijke gezondheidszorg voor baby's, jonge kinderen en ouders*. Pelckmans Pro.
- Zeanah, Ch. Jr** (2019). *Handbook of Infant Mental Health* (4th ed.). Guilford Press.