

De baby en zijn omgeving in beeld

Instrumenten die kunnen helpen bij de klinische diagnostiek van
vroege ontwikkeling binnen primaire relaties

Sara Casalin, Nicole Vliegen



[Samenvatting]

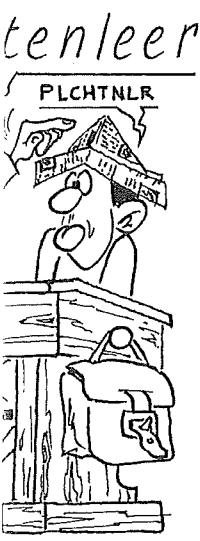
Diagnostiek bij baby's en peuters dient gebaseerd te zijn op informatie van verschillende informanten, met als focus verschillende domeinen van kindontwikkeling en -functioneren. In dit artikel geven we een overzicht van een breed bereik aan instrumenten die zowel kwetsbaarheden als sterktes bij baby's en peuters binnen hun gezin in kaart brengen. Deze instrumenten hebben tot doel de ontwikkeling te beoordelen, door zich zowel op symptomen als op competenties te richten. Hierdoor kunnen ze de clinicus leiden in hun preventief en klinisch werk. We categoriseerden de instrumenten als volgt: observatiegebaseerde, interviewgebaseerde en zelfrapportage-instrumenten. We zullen ook meer uitgebreid de voor- en nadelen van rapportage door ouders versus klinici bespreken.

Inleiding

In de hulpverlening wordt er steeds meer aandacht besteed aan vroege preventie, ontwikkelingsbegeleiding en ouder-kindpsychotherapie. Theoretische kennis en klinische ervaring beklemtonen het belang van het vroegtijdig detecteren en behandelen van moeilijkheden die zich voordoen in de ontwikkeling van baby's en peuters, evenals in hun vroegste zorgrelaties. Deze groeiende klinische belangstelling en onderzoeksinteresse in Vlaanderen en Nederland doet de vraag rijzen naar een grotere toegankelijkheid tot instrumentarium dat internationaal ter beschikking is. Met dit artikel beogen we op een overzichtelijke wijze een weergave te bieden van bestaande instrumenten die de vroege ontwikkeling van het kind binnen zijn relationele context nagaan, en aldus een bijdrage te leveren tot het verruimen van deze toegankelijkheid. Het betreft geen exhaustieve lijst van bestaande methoden, eerder een overzicht van veelgebruikte, in de litera-

tuur vaak terugkerende en zowel ecologisch als empirisch valide en klinisch relevante instrumenten met betrekking tot vroege ontwikkeling binnen primaire relaties. Een klinische benadering, die gebruik maakt van gestandaardiseerde, betrouwbare en valide instrumenten, is uiterst belangrijk in de identificatie van problemen bij kinderen tussen 0 en 3 jaar (O'Brien, 2001; Skovgaard, Houmann, Landorph & Christiansen, 2004). Het is hierbij belangrijk op te merken dat onderzoek over psychodiagnostiek bij deze jonge populatie relatief nieuw is (Del Carmen-Wiggins & Carter, 2001). Hierdoor hebben sommige instrumenten nog maar net hun psychometrische kwaliteiten bewezen, en is empirisch onderzoek omtrent deze instrumenten schaars. Vaak zijn deze instrumenten wel genormeerd, maar is dit gebeurd bij Engelstalige steekproeven, met een gebrek aan Nederlandstalige normen tot gevolg.

Wat de instrumenten betreft die de ontwikkeling bij jonge kinderen nagaan, kunnen we, naargelang de wijze waarop je informatie bij



elkaar brengt, drie grote categorieën van instrumenten onderscheiden (zie ook Vliegen, Casalin & Breesch, 2007). Vooreerst zijn er de instrumenten die gebaseerd zijn op *observatie* van het kind of van het kind in relatie tot zijn/haar primaire zorgfiguur. Ten tweede zijn er de *interviews* met de primaire zorgfiguur over hoe deze (de relatie met) zijn/haar kind ervaart. Ten slotte zijn er de *vragenlijstrapporteringen* door de primaire zorgfiguur. Steeds primeert het relatiegerichte van diagnostiek bij jonge kinderen, men dient als diagnosticus te kijken naar 'het kind in zijn relationele netwerk'.

In wat volgt, bespreken we kort enkele factoren waar de klinische diagnosticus rekening mee kan houden bij het kiezen van een instrument. Vervolgens gaan we meer uitgebreid in op de drie categorieën van diagnostische instrumenten, en geven telkens voor- en nadelen aan. Meer informatie, zoals leeftijdscategorie, gemeten aspecten van de ontwikkeling, psychometrische kwaliteiten, normgegevens en gebruik in klinische setting, wordt achteraan weergegeven in tabellen. We bekijken ook in welk opzicht de inschatting door een zorgfiguur versus die van een clinicus verschilt. Ten slotte ronden we af met een beschouwend besluit.

Keuze en gebruik van een instrument

Bij de keuze voor het meest passende diagnostische instrument dient men rekening te houden met de focus van de vraag/vragen die men zich stelt. Vertrekkend vanuit de vragen 'Wat wil ik weten?' en 'Hoe kan dit instrument me daarbij van dienst zijn?', kiest men een instrument dat antwoorden kan bieden op de gestelde vragen. Men kan zich ten eerste afvragen welk *doel* het instrument moet dienen. Zo zijn er instrumenten die gericht zijn op de eerste screening van ontwikkelingsproblemen en waarbij wordt nagegaan of er bij het kind een risico in de ontwikkeling is dat verdere diagnostiek vereist (bijvoorbeeld: Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment). Vanuit deze instrumenten kunnen geen diagnostische uitspraken gedaan worden omdat ze te kort zijn (Gilliam &

Mayes, 2004). Ze worden vooral gebruikt wanneer een uitgebreide diagnostiek tijdsconcurrerend en kostelijk zou zijn, zoals bij routineonderzoeken. Daarnaast zijn er ook instrumenten die meer uitgebreid en diepgaand aspecten van vroege ontwikkeling en symptomatologie (bijvoorbeeld: Infant-Toddler Social and Emotional Assessment) beoordelen, zodat verdere behandeling vorm kan krijgen. Deze instrumenten zijn bedoeld om naar competenties en moeilijkheden in de ontwikkeling te kijken, maar voldoen niet om een psychiatrische diagnose te stellen (Gilliam & Mayes, 2004). Hiervoor moet immers meer dan enkel de frequentie van gedragingen bevraagd worden. Om uitspraken te doen over psychiatrische diagnoses zijn er diagnostische classificatiesystemen, zoals bijvoorbeeld de DC:0-3 (Visser, 2005), waarbij aan de hand van observaties en (semi)gestructureerde interviews de onset, frequentie, duur, intensiteit, kwaliteit en context van symptomen worden nagegaan. Deze classificatiesystemen worden niet in dit artikel besproken (zie hiervoor Carter, Briggs-Gowan & Davis, 2004; zie ook Vliegen et al., 2007). We bespreken evenmin instrumenten die specifieke diagnoses als mentale retardatie, taalstoornissen en autisme nagaan (zie hiervoor Skovgaard et al., 2004). We beogen met dit artikel vooral goede instrumenten voor te stellen die de krachten en kwetsbaarheden bij het kind binnen zijn of haar omgeving in kaart kunnen brengen, waardoor vroege interventie een negatieve spiraal van psychosociale problemen kan voorkomen die op latere leeftijd moeilijker om te buigen is. Onderzoek toont namelijk aan dat kinderen van 18 maanden ernstige sociaal-emotionele en gedragsproblemen, alsook psychopathologie, kunnen vertonen en dat deze problemen voor een groot aantal enkele jaren later nog steeds aanwezig zijn (bijvoorbeeld: Lavigne et al., 1998; Mathiesen & Sanson, 2000).

Ten tweede moet men nagaan wat de *focus* van het instrument is. Sommige instrumenten richten zich op de algemene ontwikkeling, zoals motorische, cognitieve en taalaspecten bij het kind (bijvoorbeeld de Bayley Scales of Infant Development - II), terwijl andere eerder de socio-emotionele ontwikkelingsaspecten als ge-

oraal gebruikt wanneer stiek tijdsconsume- zoals bij routineon- er ook instrumenten gaand aspecten van nptomatologie (bij- ocial and Emotional dat verdere behan- Deze instrumenten tenties en moeilij- e kijken, maar vol- trische diagnose te 04). Hiervoor moet frequentie van ge- n. Om uitspraken te agnoscs zijn er diag- nen, zoals bijvoor- 05), waarbij aan de emi)gestructureerde entie, duur, intensi- in symptomen wor- catiesystemen wor- roken (zie hiervoor avis, 2004; zie ook bespreken evenmin diagnoses als men- sen en autisme na- rd et al., 2004). We al goede instrumen- krachten en kwets- en zijn of haar om- orengen, waardoor gatieve spiraal van an voorkomen die om te buigen is. On- dat kinderen van 18 emotionele en ge- psychopathologie, ze problemen voor en later nog steeds ld: Lavigne et al., 2000). an wat de *focus* van instrumenten rich- ontwikkeling, zoals aalaspecten bij het ey Scales of Infant andere eerder de ingaspecten als ge-

drag, emoties en sociale relaties nagaan (bij- voorbeeld: Ages & Stages Questionnaires – So- cial-Emotional). Nog andere instrumenten zijn gericht op de affectief-relatieve interactie tus- sen kind en primaire zorgfiguur (bijvoorbeeld: Emotional Availability Scales) of eerder op de mogelijkheden van de zorgfiguur om het kind te begrijpen en te erkennen in zijn/haar eigen- heid (bijvoorbeeld: Working Model of the Child Interview). Sommige instrumenten combine- ren de voornoemde domeinen. Zo bijvoorbeeld worden bij de Functional Emotional Assess- ment Scale zowel ontwikkelingsaspecten als as- pecten van de relatie tussen kind en zorgfiguur geobserveerd, terwijl de IFEEL Pictures zowel mogelijkheden van de zorgfiguur als ontwikke- lingsaspecten van het kind in het vizier neemt. Ten slotte moet men weten dat de meeste diag- nostische instrumenten ontwikkeld zijn vanuit een specifiek *theoretisch kader*. Zo zijn sommi- ge instrumenten gebaseerd op een ontwikke- lingspsychologisch perspectief (bijvoorbeeld: Neonatal Behavioral Assessment Scale), andere op de gehechtheidstheorie (bijvoorbeeld: Wor- king Model of the Child Interview), nog andere op een psychodynamisch kader over emotione- le beschikbaarheid tussen zorgfiguur en kind (bijvoorbeeld: Emotional Availability Scales). Deze theoretische achtergrond heeft mee vorm gegeven aan de concrete uitwerking van het be- trokken diagnostische instrument en dient dus mee in overweging genomen te worden wan- neer men een keuze uit het instrumentarium maakt.

We willen sterk benadrukken dat het gebruik van elk diagnostisch instrument slechts als een hulpmiddel beschouwd dient te worden. Het belang van goede klinische vaardigheden, zo- als observatie- en gespreksvaardigheden, mag geenszins onderschat worden. Het gebruik van diagnostische instrumenten is immers geba- seerd op en dient ter ondersteuning van deze klinische vaardigheden, en kan deze in geen ge- val vervangen. Bovendien vergt het gebruik van diagnostische instrumenten een fundamen- tele kennis van normale en psychopathologi- sche ontwikkeling, en dit zowel van het kind als van het gezin (Vliegen et al., 2007).

Na deze algemene – maar niettemin belangrijke – bedenkingen gaan we in wat volgt over tot een bespreking van de drie bovenvermelde ca- tegorieën van instrumenten die gebruikt kun- nen worden voor psychodiagnostiek bij jonge kinderen.

Observatiegebaseerde instrumenten

Observatieschalen zijn belangrijke hulpmidde- len in de diagnostiek van jonge kinderen en van vroege interacties tussen een kind en zijn/haar primaire zorgfiguur. Er zijn drie soorten obser- vatie-instrumenten en -procedures beschreven (zie ook tabel 1): deze die gericht zijn op mi- croprocessen van de interactie, deze die een meer globale observatie van het kind in speci- fieke situaties vergen en ten slotte deze geba- seerd op observatie in een natuurlijke omge- ving.

Observatie van microprocessen

Hoewel de observatie van microprocessen veel- al ontwikkeld is binnen een onderzoekscontext, wordt ze vaak ook belangrijk geacht op het raakvlak van onderzoek en klinisch werk. Di- verse van deze observatieprocedures behouden dan wel een grotere onderzoeksklemtoon, maar bieden toch voor de clinicus relevante informa- tie door de klinische vertalingen die gemaakt worden vanuit de gevonden empirische inzich- ten. Het *Lausanne Trilogue Play* en de *still-face procedure* (zie verder) zijn hiervan twee voor- beelden. Andere observatieprocedures zijn dan weer sterker geïntegreerd geraakt in het klini- sche werk, zoals de *Massie-Campbell Scale*, maar verliezen dan weer aan grondige inbed- ding in empirisch onderzoek. We bespreken deze instrumenten in wat volgt meer uitge- breid.

Bij observatieprocedures gericht op micropro- cessen van de interactie tussen kind en primai- re zorgfiguur wordt het geobserveerde gedrag van kind en zorgfiguur seconde per seconde be- keken en/of gescoord aan de hand van een 'split screen' video-opname (Beebe, Jaffe,

[T a b e l] Observatiegebaseerde instrumenten.

Instrument	Leeftijd	Aspecten van ontwikkeling	Psychometrische kwaliteiten	Normgegevens	Gebruik in klinische setting
Lausanne Trilogue Play with still-face (LTP; Fivaz-Depeursinge, Favez, Lavanchy, de Noni & Frascarolo, 2005)	0-9 maanden	<ul style="list-style-type: none"> Moeder-vader-kindinteractie. Communicatie en emotionele regulatie. 	Voor de still-face procedure worden een goede betrouwbaarheid en validiteit gevonden (zie Tronick et al., 1978). Ook predictieve validiteit met veiligheid van gehechtheid op 12 maanden.	Geen normgegevens gevonden.	Het is een semi-structureerde spelsituatie, waarbij de scoring via een video-opname wordt gedaan.
Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment During Stress (ADS; Massie & Campbell, 1983)	0-18 maanden	Moeder-kindrelatie: communicatie en gehechtheidsgedragingen.	Studies geven een goede betrouwbaarheid en validiteit aan.	Gestandaardiseerd (Massie & Campbell, 1992).	<ul style="list-style-type: none"> Aan de hand van een handleiding kan de clinicus zich trainen in het afnemen en scoren van dit observatie-instrument (zie www.ADSScale.com voor meer uitleg). Het is ook bruikbaar in een ziekenhuiscontext.
Neonatal Behavioral Assessment Scale – 3rd Edition (NBAS-3; Brazelton & Nugent, 1995)	Geboorte tot 4 weken	Vier dimensies van de neonatale ontwikkeling: <ul style="list-style-type: none"> fysiologie motoriek 'state' en aandacht sociale interactie. 	Deze schaal heeft een hoge interscoordersbetrouwbaarheid en validiteit, maar is zwak wat betreft test-her-test-betrouwbaarheid en predictieve validiteit (zie Martin, Volkmar & Lewis, 2007).	Geen normgegevens gevonden.	<ul style="list-style-type: none"> De diagnosticus speelt een belangrijke rol in het afnemen van de test. Dat de zorgfiguur in dit proces betrokken wordt, kan therapeutisch werken. Het is bruikbaar bij medisch kwetsbare baby's.
Bayley Scales of Infant Development – II (BSID-II; Bayley, 1993)	1-42 maanden	<ul style="list-style-type: none"> Mentale ontwikkeling. Psychomotorische ontwikkeling. Gedrag. 	Hoge betrouwbaarheid en validiteit (zie Provost, Crowe & McClain, 2000).	Gestandaardiseerd (ook Nederlandstalige normen).	<ul style="list-style-type: none"> Dit instrument brengt sterktes en zwaktes in de ontwikkeling in kaart. Het is de meest gebruikte ontwikkelingsmeting in onderzoek en in de klinische praktijk.
Mullen Scales of Infant Development (Mullen, 1995)	1-68 maanden	<ul style="list-style-type: none"> Grof- en fijnmotorische ontwikkeling. Visuele receptie. Taal. 	Hoge betrouwbaarheid en validiteit.	Gestandaardiseerd (gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, etniciteit, geografische ligging en SES). Binnenkort Nederlandse normen beschikbaar.	<ul style="list-style-type: none"> Dit instrument wordt gebruikt om aan de hand van de sterktes en zwaktes specifieke aanbevelingen te doen.

Mullen Scales of Infant Development (Mullen, 1995)	1-68 maanden	<ul style="list-style-type: none"> - Grof- en fijnmotorische ontwikkeling. - Visuele receptie. - Taal. 	Hoge betrouwbaarheid en validiteit.	Gestandaardiseerd (gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, etniciteit, geografische ligging en SES). Binnenkort Nederlandse normen beschikbaar.	<p>praktijk.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dit instrument wordt gebruikt om aan de hand van de sterktes en zwaktes specifieke aanbevelingen te doen.
Strange Situation Procedure (SSP; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978)	11-20 maanden	Gehechtheidsclassificaties of -dimensies.	De betrouwbaarheid en validiteit van de VSP zijn uitstekend (zie Ainsworth et al., 1978). Predictieve validiteit bij moeders in de VS en West-Europa.	Geen normen beschikbaar.	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een intensieve (twee- tot driedaagse) training nodig om de gehechtheidsclassificatie aan de hand van de procedure te coderen. Een getrainde codeerder kan anderen aanleren, maar dan moet er eerst een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn. - Het is beter geschikt voor onderzoeksdoelenden dan voor klinische praktijk. - Het is niet geschikt om gehechtheidsstoornissen diagnostisch te classificeren.
Emotional Availability Scales (EAS; Biringen, Robinson & Emde, 1998)	Baby's en jonge kinderen	<ul style="list-style-type: none"> - Wederzijdse emotionele relatie tussen kind en zorgfiguur. - Zowel ouderlijke als kindfactoren worden beoordeeld. 	Er werd een goede betrouwbaarheid en validiteit voor de schalen gevonden (Vliegen, 2005). Goede predictieve validiteit met veiligheid van gehechtheid en kindontwikkeling.	Geen normen beschikbaar.	<ul style="list-style-type: none"> - Het scoren van de schalen zonder voorgaande training is niet aanvaardbaar. - Dit instrument is al onderzocht bij depressieve moeders, verslaafde moeders en kinderen met een handicap.
Functional Emotional Assessment Scale (FEAS; Greenspan, 1992)	3-48 maanden	<ul style="list-style-type: none"> - Sociale, emotionele, cognitieve en communicatieve capaciteiten van het jonge kind in interactie met de zorgfiguur. - Zowel ontwikkelingsaspecten als aspecten van de ouder-kindrelatie worden beoordeeld. 	Goede betrouwbaarheid en validiteit van deze schaal is bereikt, en er zijn normen voorhanden (zie DeGangi, 2000).	Kleine (n=468) normatieve steekproef, vooral blanke middenklasse.	Er is vereist dat de observator getraind is in het scoren van video-opnames.
Attachment Q-Sort (AQS; Waters, 1989)	1-60 maanden	Aspecten aangaande de gehechtheidsontwikkeling: veiligheid, afhankelijkheid en sociale gerichtheid.	Betrouwbaarheid is voldoende en validiteit werd bereikt (van IJzendoorn, Vereijken, Bakermans-Kranenburg & Riksen-Walraven, 2004).	Geen normen beschikbaar.	<ul style="list-style-type: none"> - Dit instrument kan zowel door ouders als door onafhankelijke observatoren worden afgenomen. - Het afnemen en scoren zijn zeer tijdsintensief.

Buck, et al., 2005). Het *Lausanne Trilogue Play* (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999) is een semigestructureerde spelsituatie waarin de moeder-vader-kindinteractie geobserveerd wordt. Gebruikmakend van de *still-face procedure* (Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978) werd de LTP recent aangepast tot het *Trilogue play with still-face* (Fivaz-Depeursinge, Favez, Lavanchy, de Noni, & Frasca-rollo, 2005). De *still-face procedure* houdt een observatie in van een gestructureerde interactie die bestaat uit verschillende episodes. Na twee minuten van vrij spel volgt een episode van twee minuten waarbij de ouder met een neutraal gelaat, 'still-face', naar het kind kijkt, zonder te spreken of het kind aan te raken. De ouder is op dat moment dus onresponsief tegenover haar kind. Ten slotte is er terug een moment van vrij spel, "reunion" (Weinberg & Tronick, 1996).

Zoals eerder aangehaald, zijn deze procedures vooral ontwikkeld met het oog op onderzoeksdoeleinden. Toch worden deze schalen ook klinisch gebruikt, maar dan op een minder gestandaardiseerde manier. Ze kijken naar de communicatieve vaardigheden van het kind, naar diens sensitiviteit voor veranderingen in het gedrag van de moeder, en naar de capaciteit om de affectieve toestanden te reguleren (bijvoorbeeld: Weinberg & Tronick, 1996). De reacties van het kind op de still-face episode leveren relevante informatie over de presymbolische interactierepresentatie van het kind (bijvoorbeeld: Cohn & Ross, 1992). Zo zullen kinderen die positieve uitwisselingen met de moeder gewoon zijn, de dialoog proberen te herstellen wanneer moeder een vlak gelaat toont, aangezien dit discrepant is met wat ze verwachten. Het kind zal op het onveranderlijke gelaat van moeder reageren met huilen, protest, vermijding en/of zelftroostend gedrag. Baby's die daarentegen gewend zijn weinig herstel te ervaren, zoals bijvoorbeeld baby's van teruggetrokken depressieve moeders, doen minder pogingen om de interactie te herstellen en kijken meer weg en beginnen te zeuren (Gianino & Tronick, 1988). Deze laatste bevinding werd zowel gevonden in onderzoek met depressieve moeders (bijvoorbeeld: Field, 1984) als moe-

ders die drugs gebruikten (bijvoorbeeld: Tronick et al., 2005). Aan de kant van de moeders vinden erg afgestemde moeders het soms ontzettend moeilijk om hun gelaat strak te houden, zeker wanneer hun baby krachtige aanspraken doet om hen in de interactie te betrekken. Je ziet deze moeders moeite doen om toch maar niet te gaan lachen of brabbelen tegen hun kind. Anderzijds kan deze methode sommige moeders meer bewust maken van zowel meer als minder afgestemde aspecten van het interactiepatroon met hun kind, doordat het gedetailleerd weergeeft hoe zowel moeder als kind op elkaar reageren. Dit biedt dan aanknopingspunten voor verder (diagnostisch en therapeutisch) gesprek. Andere gelijkaardige instrumenten focussen op een andere perceptuele modus van de preverbaal communicatie, zoals de vocale toon en intonatie van de zorgfiguur (Murray, Kempton, Woolgar & Hooper, 1993).

De *Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment During Stress* (ADS; Massie & Campbell, 1983) heeft een sterke klinische oriëntatie en richt zich op observatie van microprocessen tijdens een milde stresssituatie, zoals bij een pediatrische routineconsultatie. Deze gestandaardiseerde observatie, bruikbaar bij baby's van 0 tot 18 maanden, is gericht op belangrijke kernparameters van de moeder-kindrelatie zoals (1) oogcontact, (2) vocaliseren, (3) aanraken, (4) zich terugtrekken van aanrakingen, (5) nestelen van het kind/holding van de moeder, (6) delen van affecten en (7) zoeken van afstand en nabijheid. Aan de hand van deze zeven schalen wordt getracht de wederzijdse processen van de band tussen moeder en kind te kwantificeren, door aandacht te hebben voor de primaire communicatieve en gehechtheidsgedragingen van beide partners. Deze schaal is erg bruikbaar binnen een ziekenhuiscontext, waar ouders ondersteuning kunnen gebruiken bij het begrijpen van non-verbale uitingen van pijn en angst bij hun kind, en bij het zoeken naar hoe ze hier een afgestemd antwoord op kunnen geven.

Het uitgangspunt van de Massie-Campbell Scale is dat in stresssituaties de noden en responsen van beide partners in de interactie op de voor-

(bijvoorbeeld: Tro-
kant van de moeders
eders het soms ont-
laat strak te houden,
rachtige aanspraken
tie te betrekken. Je
doen om toch maar
abbelen tegen hun
e methode sommige
ken van zowel meer
ecten van het inter-
l, doordat het gede-
vel moeder als kind
it dan aanknopings-
stisch en therapeu-
kaardige instrumen-
perceptuele modus
icatie, zoals de vo-
de zorgfiguur (Mur-
looper, 1993).

de of Mother-Infant
s (ADS; Massie &
en sterke klinische
observatie van mil-
ilde stresssituatie,
routineconsultatie.
observatie, bruikbaar
anden, is gericht op
s van de moeder-
contact, (2) vocalise-
h terugtrekken van
an het kind/holding
van affecten en (7)
ijheid. Aan de hand
ordt getracht de we-
band tussen moeder
or aandacht te heb-
communicatieve en ge-
n beide partners.
binnen een zieken-
ondersteuning kun-
tijen van non-ver-
gst bij hun kind, en
hier een afgestemd

ssie-Campbell Scale
oden en responsen
interactie op de voor-

grond treden, waardoor ze scherper zichtbaar worden. Een kind zal zich – bij onlust – tot moeder wenden voor troost en geruststelling, en moeder zal trachten deze troost en geruststelling te bieden. Op die manier ontwikkelt het kind doorheen niet-traumatische spanningen en frustraties onder meer het vermogen om moeilijke ervaringen te verdragen en bevrediging uit te stellen. Zo werd – gebruik makend van deze schaal – aangetoond dat verstoorde moeder-kindinteracties in het eerste levensjaar kunnen leiden tot vroege ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld kinderpsychosen) bij het kind (Massie, 1977).

Globale observatie van het kind in specifieke situaties

Observatie-instrumenten die het kind in welbepaalde situaties of omstandigheden observeren, zijn veelal bedoeld om het ontwikkelingsniveau van het betrokken kind in te schatten. We lichten drie frequent gebruikte globale observatieschalen toe. Daarnaast bespreken we ook het meest gebruikte observatie-instrument om gehechtheid bij jonge kinderen na te gaan.

De *Neonatal Behavioral Assessment Scale – 3rd Edition* (NBAS-3; Brazelton & Nugent, 1995) is de meest gebruikte globale observatieschaal bij de pasgeborene. Ze vergt een 20 tot 30 minuten durende observatie, die kan plaatsvinden vanaf de derde dag na de geboorte. Oorspronkelijk werd ze ontwikkeld voor voldragen en gezonde pasgeborenen, vanaf de geboorte tot ongeveer twee maanden, maar ondertussen is ze ook bruikbaar bij premature en medisch kwetsbare pasgeborenen, vanaf een zwangerschapsduur van ongeveer 34 weken. De NBAS-3 beoogt het gedrag van de pasgeborene in kaart te brengen en daarbij individuele verschillen te beschrijven. Daartoe wordt, aan de hand van onderzoek en observatie van gedrag (28 items op een 9-puntenschaal) en reflexen (18 items op een 4-puntenschaal), een inschatting gemaakt van vier dimensies van de neonatale ontwikkeling, met name de fysiologische dimensie, de motorische dimensie, de dimensie 'state' en aandacht en de sociaal-interactionele dimensie. Deze ont-

wikkeling wordt verondersteld integratief te verlopen volgens een hiërarchische orde (eerst de fysiologische regulatie, dan de motorische organisatie, daarna de 'state' regulatie en ten slotte de sociale interactie), en door omgevingsfactoren beïnvloed te worden. De toepassing van de NBAS-3 wordt opgevat als een interactief proces, waarbij de diagnosticus een belangrijke rol speelt in het faciliteren van het tonen van de beste mogelijkheden tot zelfregulatie en -organisatie bij de baby. Bovendien wordt de zorgfiguur in dit proces betrokken, waardoor een interactionele basis tussen zorgfiguur en kind aangesproken en versterkt wordt. Aldus kan de NBAS-3 niet enkel diagnostisch gebruikt worden, maar ook klinische en therapeutische doeleinden dienen. Zo blijkt het observatieproces de betrokkenheid en de responsiviteit van moeders met een lage socio-economische status en adolescente moeders te verhogen (Worobey & Brazelton, 1990).

Bij het jonge kind van 15 dagen tot 3,5 jaar is de *Bayley Scales of Infant Development – II* (BSID-II; Bayley, 1993) de meeste gebruikte globale observatieschaal. Deze neemt bij kinderen jonger dan 15 maanden ongeveer een halfuur in beslag en bij kinderen ouder dan 15 maanden ongeveer een uur. De BSID-II omvat drie subschalen: een mentale ontwikkelingsindex (MDI), die iets weergeeft van de ontwikkeling van taal en probleemoplossende vaardigheden; een psychomotorische ontwikkelingsindex (PDI), die grof- en fijnmotorische vaardigheden weerspiegelt, en een gedragsschaal (BRS), die ontwikkelingsaspecten als aandacht, affect en emotie, sociaal engagement, en beweging en motorische controle behelst.

Een waardig alternatief voor de BSID-II is de *Mullen Scales of Early Learning* (Mullen, 1995). Deze schaal betreft vijf verschillende domeinen van de ontwikkeling bij kinderen van 1 tot 68 maanden: grove en fijne motoriek, visuele perceptie, receptieve en expressieve taal. De afname duurt 15 tot 60 minuten (op 1 jaar: 15'; op 3 jaar: 25-30'; op 5 jaar: 40-60').

Via de *Vreemde Situatie Procedure* (VSP; 'Strange Situation Procedure'; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) kan op basis van een

video-opname nagegaan worden welke gehechtheidsclassificatie kinderen van 12-24 maanden ten aanzien van hun moeder hebben. De procedure bestaat uit 8 episoden, waarin moeder en kind in een onbekende omgeving worden gebracht en waarbij een onbekende (de vreemde) binnenkomt, terwijl de moeder tweemaal de kamer verlaat. Er wordt van uitgegaan dat de gehechtheidsrelatie hier duidelijk tot uiting zal komen, aangezien het gehechtheidssysteem geactiveerd wordt op twee cruciale momenten: wanneer het kind gescheiden wordt van zijn gehechtheidsfiguur, dus op momenten van afscheid, of wanneer het kind onder stress staat. Op dat moment valt het kind terug op de 'interne werkmodellen' die het vanuit zijn of haar vroegste relatie-ervaringen heeft opgeslagen, namelijk verwachtingen over de beschikbaarheid en responsiviteit van de gehechtheidsfiguur (Bowlby, 1973). Het gedragspatroon van de baby als reactie op de scheiding van en hereniging met de moeder geeft dan ook informatie over deze onderliggende gehechtheidssystemen. Volgens het klassieke systeem van Ainsworth en collega's (1978) zijn er drie gehechtheidscategorieën te onderscheiden: veilig gehecht (B-patroon), onveilig-vermijdend (A-patroon) en onveilig-ambivalent (C-patroon). Main en Solomon (1990) hebben nog een vierde categorie toegevoegd, namelijk het onveilig-gedesorganiseerde D-patroon. Fraley en Spieker (2003) vonden dat gehechtheid eerder in dimensies dan categorieën opgevat moet worden. Ze beschrijven enerzijds de dimensie 'Nabijheid zoeken versus Vermijdende strategieën' en anderzijds de dimensie 'Woedende en Ambivalente strategieën'. Het gedrag van het kind zou dan op beide gehechtheidsdimensies gescoord kunnen worden. Daarbij is het belangrijk onveilige gehechtheid niet onmiddellijk als psychopathologie te beschouwen, het gaat namelijk om een continuüm van minder naar meer onveilig (Verhulst et al., 2007). Veertig à 45% van de kinderen is onveilig gehecht, deze kinderen hebben moeite om ondersteunende relaties op te zoeken en/of om deze te gebruiken om zich veilig te voelen. Onveilige gehechtheid is wel een risicofactor voor het disfunctioneren van het individu. Deze observatieproce-

dure geeft geen informatie over gehechtheidsstoornissen, een extreme vorm van onveilige gehechtheid die verwijst naar mishandeling en/of verwaarlozing. Hoewel de VSP meer geschikt is voor onderzoek dan voor klinische doeleinden, geeft het toch boeiende klinisch relevante informatie die helpend kan zijn voor de clinicus bij het observeren van separatiemomenten tussen kind en zorgfiguur (bijvoorbeeld in de wachtzaal).

Observatie in een natuurlijke omgeving

Instrumenten voor observatie in een natuurlijke omgeving zijn vaak gericht op het inschatten van de ontwikkeling van het kind en/of zijn/haar relatie met de zorgfiguur. Belangrijke voordelen van natuurlijke observaties zijn de ecologische validiteit ervan (je ziet beide partners in interactie in hun vertrouwde omgeving) en het feit dat dergelijk observatiemateriaal – wanneer het op video werd opgenomen – zich leent voor interpretatie vanuit diverse kaders en invalshoeken. Zo kan je eenzelfde observatie scoren met een FEAS- of een EAS-methode (zie verder). Bovendien levert een dergelijke observatiemethode vaak inhoudelijk rijk en klinisch boeiend materiaal dat aanknopingspunten biedt voor interventie (zie bijvoorbeeld Beebe, 2005; McDonough, 2000).

Het gebruik van een observatieschaal vergt haast altijd een training, omdat het veronderstelt dat de observator zich een kader toe-eigent van waaruit hij naar het materiaal kijkt en dit begrijpt. Dit impliceert dat er voldoende interscoordersbetrouwbaarheid bereikt dient te worden met collega's die het instrument en het kader beheersen. Inherent aan natuurlijke observaties is dat ze tijdrovend zijn. Ze zijn niet bedoeld om welbepaalde gedragingen te ontlokken (zoals bijvoorbeeld bij de VSP of de NBAS wel het geval is), maar vergen van de clinicus dat hij kan wachten tot ouder en kind tonen wat belangrijke dynamieken van hun relatie zijn.

Emotional Availability Scales

Bij de *Emotional Availability Scales* (EAS; Biringen, Robinson & Emde, 1998) wordt er geke-

e over gehechtheids-
vorm van onveilige
naar mishandeling
wel de VSP meer ge-
dan voor klinische
boeiende klinisch re-
kend kan zijn voor de
en van separatiemo-
gfiguur (bijvoorbeeld

ijke omgeving

atie in een natuurlij-
cht op het inschatten
n het kind en/of
rgfiguur. Belangrijke
observaties zijn de
n (je ziet beide part-
trouwde omgeving)
bservatiemateriaal –
d opgenomen – zich
nuit diverse kaders
e eenzelfde observa-
of een EAS-methode
evert een dergelijke
houdelijk rijk en kli-
at aanknopingspun-
zie bijvoorbeeld Bee-
0).

servatieschaal vergt
mdat het veronder-
een kader toe-eigent
materiaal kijkt en dit
er voldoende inter-
bereikt dient te wor-
instrument en het
aan natuurlijke ob-
nd zijn. Ze zijn niet
dragingen te ontlok-
de VSP of de NBAS
gen van de clinicus
er en kind tonen wat
n hun relatie zijn.

as

ity Scales (EAS; Bi-
1998) wordt er geke-

ken naar de wederzijdse emotionele relatie tus-
sen kind en zorgfiguur. De *ouderlijke zijde* van
de emotionele beschikbaarheid gaat over hoe
een ouder in de affectieve communicatie al dan
niet overwegend positief is, een heldere kijk kan
hebben op de emotionele uitingen van het kind
en er een gepaste ouderlijke respons op kan bie-
den. De *kindzijde* betreft de responsiviteit van
het kind en de mate waarin het kind de ouder in
zijn activiteiten weet te betrekken.

Deze schalen worden gescoord aan de hand
van een op video opgenomen spelobservatie
van ongeveer 30 minuten van het kind met de
zorgfiguur, met de instructie te spelen zoals dat
in rustige momenten wel eens gebeurt. Deze
spelobservatie vindt bij voorkeur plaats in een
voor kind en zorgfiguur zo vertrouwd mogelij-
ke situatie, i.e. thuis, het kinderdagverblijf, het
ziekenhuis of de hulpverleningssetting waar
met kind en zorgfiguur gewerkt wordt.

Functional Emotional Assessment Scale

Bij de *Functional Emotional Assessment Scale*
(FEAS; Greenspan, 1992; zie ook: Couturier,
2005) wordt gekeken naar sociale, emotionele,
cognitieve en communicatieve capaciteiten van
het jonge kind in interactie met zijn/haar pri-
maire zorgfiguur. Het betreft capaciteiten als
zelfregulatie en interesse in de omgeving; het
aangaan van relaties (gehechtheid); intentione-
le wederzijdse communicatie; vorming van een
complex zelfgevoel waaronder de capaciteit tot
gedragsorganisatie en de capaciteit tot het ela-
boreren van gedrags- en interactiesequensen;
komen tot emotioneel denken, waaronder de
capaciteit tot het ontwikkelen van representa-
ties en de capaciteit tot het elaboreren van
representaties; algemene tendensen en regula-
tiepatronen; algemene patronen van de zorgfi-
guur.

De FEAS kan gebruikt worden bij kinderen tus-
sen drie maanden en vier jaar. Ze wordt ge-
scoord aan de hand van een – al dan niet op vi-
deo opgenomen – spelobservatie van het jonge
kind met de zorgfiguur, eventueel aangevuld
met een moment waarop de clinicus met het
kind speelt. Dit laatste kan van belang zijn wan-
neer het jonge kind weinig ontwikkelingseigen

capaciteiten toont in het spel met de primaire
zorgfiguur. In het aanvullende spelmoment kan
de clinicus dan nagaan of hij/zij dergelijke ont-
wikkelingseigen capaciteiten alsnog aan het
kind kan ontlokken.

Attachment Q-Sort

Aan de hand van een (thuis)observatie kan een
Attachment Q-Sort gedaan worden (AQS; Wa-
ters, 1989; zie ook Geenen, 2003) voor kinderen
van één tot vijf jaar. Deze Q-sort is ontstaan
vanuit de gehechtheidstheorie en beoogt – door
de focus op een breder bereik aan gedragingen
over een langere tijd – een aanvulling te zijn op
laboratoriumobservaties zoals de VSP. Doordat
er echter geen stress in het gehechtheidssys-
teem wordt geïnduceerd, zal het minder dan de
VSP onderliggende gehechtheidsstrategieën uit-
lokken.

De Q-sort bestaat uit negentig items die nagaan
in welke mate het kind al dan niet over 'een veili-
ge basis' beschikt. De items verwijzen naar
belangrijke aspecten aangaande de gehecht-
heidsontwikkeling, met name veiligheid, af-
hankelijkheid en sociale gerichtheid (George &
Solomon, 1999). Enkele voorbeelden van items
zijn: 'geniet van speels lichamelijk contact met
moeder', 'verkiest door moeder getroost te wor-
den', 'is meer op personen dan op objecten ge-
richt'.

Aan de hand van de observatie, die twee tot drie
uur in beslag neemt (eventueel gespreid over
verschillende sessies), worden de items in ne-
gen stapeltjes gesorteerd. Meer bepaald worden
de items die het meest kenmerkend zijn voor
het kind, aan het ene uiterste van het conti-
nuüm (stapeltjes 9, 8 en 7) geplaatst, de minst
kenmerkende items aan het andere uiterste (sta-
peltjes 1, 2 en 3), en op de middelste stapeltjes
die items die voor het kind niet uitgesproken
kenmerkend of niet-kenmerkend zijn. De corre-
latiecoëfficiënt tussen de score van de observa-
tor en een criteriumscore levert een score voor
het betrokken kind op, aan de hand waarvan dit
kind een plaats op een lineair continuüm met
betrekking tot gehechtheid toegekend krijgt. Het
kan zowel door ouders als door onafhankelijke
observatoren worden afgenomen.

[T a b e l 2] Interviewgebaseerde instrumenten.

Instrument	Leeftijd	Aspecten van ontwikkeling	Psychometrische kwaliteiten	Normgegevens	Gebruik in klinische setting
Working Model of the Child Interview (WMCi; Benoit, Zeanah, Parker, Nicholson & Coolbear, 1997)	0-60 maanden	<ul style="list-style-type: none"> – Ervaringen en percepties van de ouders betreffende hun kind en de relatie met hun kind. – Naast interne representaties van ouders over hun kind kan ook het mentalisatievermogen van de ouder worden nagegaan. 	Goede betrouwbaarheid en validiteit (zie Benoit, Parker, & Zeanah, 1997). Predictieve validiteit met de VSP en kwaliteit van moeder-kindinteractie.	Geen normgegevens beschikbaar	<ul style="list-style-type: none"> – De afname van dit semigestructureerde interview duurt ongeveer 1 uur. Het wordt vervolgens uitgeschreven en gescoord. – In de klinische praktijk is het niet nodig het volledige scoringsstelsel toe te passen.
Parent Attachment Interview (PAI; Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989)	18-36 maanden	<ul style="list-style-type: none"> – Ervaringen en percepties van de ouders betreffende hun kind en de relatie met hun kind. – Naast gehechtheid bij het kind wordt ook de kant van de ouder met betrekking tot gehechtheid belicht. 	Geen informatie gevonden betreffende betrouwbaarheid en validiteit.	Geen normgegevens beschikbaar.	Gestructureerd interview.
Parent Development Interview (PDI-R; Sladde, Aber, Bresgi, Berger & Kaplan, 2004)	Baby's en jonge kinderen	Percepties van de ouders betreffende hun kind, zichzelf als ouder en de relatie met hun kind.	Goede betrouwbaarheid en validiteit (zie Button, 1997).	Geen normgegevens beschikbaar.	<ul style="list-style-type: none"> – De afname van dit semigestructureerde interview duurt ongeveer 90 minuten. – Er is ook een versie voor baby's en peuters, alsook een verkorte versie en een versie voor adoptieouders.
Mother's Insightfulness Regarding their Children's Internal Worlds (Insightfulness Assessment; Oppenheim & Koren-Karie, 2002)	Baby's en jonge kinderen	Empathisch inzicht van de moeder ten aanzien van haar kind.	Betrouwbaarheid en validiteit zijn veelbelovend (Oppenheim & Koren-Karie, 2002).	Geen normgegevens beschikbaar.	<ul style="list-style-type: none"> – De afname vindt plaats in twee stappen: eerst een observatie in 3 situaties, dan een interview met de zorgverlener. – Het is zowel geschikt voor onderzoeks- als klinische doeleinden.
IFEEL Pictures (IFP; Emde, Osofsky & Butterfield, 1993)	Baby's en jonge kinderen	Affectinterpretatie.	Goede betrouwbaarheid en validiteit gevonden (zie Emde et al., 1993).	Gestandaardiseerd. Ook Nederlandse normen beschikbaar (zie Meurs & Vliegen, 2008).	<ul style="list-style-type: none"> – Dit instrument kan zowel gebruikt worden bij zorgfiguren als bij kinderen (7-14 jaar). – Het is zowel geschikt voor onderzoeks- als klinische doeleinden.

heid (de mate waarin bij de zorgfiguur angst bestaat om het kind te verliezen zonder dat hiervoor een actuele (medische) basis is, maar waarbij deze angst wel van invloed is op de relatie met het kind). Op basis van een beoordeling van deze dimensies worden de representaties van de zorgfiguur over zijn/haar kind geclassificeerd als evenwichtig, onbetrokken, dan wel verstoord (Zeanah, Benoit, Barton & Hirshberg, 1996). Daarnaast kan men, door aan het interview bijkomende vragen toe te voegen als "Welk gedrag van jouw kind vind je het moeilijkste om mee om te gaan?" en "Wat denk je dat er op zo'n moment in zijn/haar hoofd omgaat?", het mentalisatievermogen van ouders coderen (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998). Dat wil zeggen: de capaciteit van ouders om het gedrag van hun kind te begrijpen vanuit onderliggende gevoelens en gedachten, dus de mate waarin ze zich in het perspectief van hun kind kunnen verplaatsen (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). De auteurs raadden klinici – in tegenstelling tot onderzoekers – echter niet aan steeds het volledige scoringssysteem toe te passen, maar enkel aan de hand van de video opvallende inhoud en formele narratieve kenmerken te noteren (Zeanah & Benoit, 1995).

Het *Parent Attachment Interview* (PAI; Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989), een gestructureerd interview specifiek voor peuters, kan beschouwd worden als de voorloper van het WMCI. Ook dit interview is gebaseerd op de gehechtheidstheorie en betreft een gestructureerd interview waarin de percepties en ervaringen van de zorgfiguur rond zijn/haar jonge kind via open vragen aan bod komen. Bretherton en collega's gebruiken de term 'parental attachment' omdat ze ook de kant van de ouders met betrekking tot gehechtheid willen belichten (zie ook Bretherton, Biringen & Ridgeway, 1991). Ze benadrukken dat het niet enkel het kind is dat bepaalde reacties op de separatie met de ouder vertoont, maar dat ook de ouders zelf gedachten en gevoelens hebben als reactie op de separatie met hun kind, hetgeen de gehechtheid en het separatieproces mede beïnvloedt.

Parent Development Interview

Het *Parent Development Interview* (PDI-R; Slade, Aber, Bresgi, Berger & Kaplan, 2004), een 90 minuten durend semigestructureerd interview, bestaat uit 45 vragen die de representaties van de ouder nagaat betreffende zijn/haar kind, zichzelf als ouder en zijn/haar relatie met het kind. Zo wordt onder meer gevraagd naar situaties waarin het kind zich verdrietig voelde, vijf adjectieven die de relatie met hun kind beschrijven, hoe ze zichzelf als ouder omschrijven en wat de relatie met hun kind plezierig of juist moeilijk maakt. Aan de hand van de antwoorden van de ouders kan onder meer worden nagegaan in hoeverre de ouders over een goed mentalisatievermogen beschikken (Slade, Bernbach, Grienberger, Levy & Locker, 2004). Dit interview werd aangepast voor gebruik bij verschillende doelgroepen. Zo is er een versie voor baby's en peuters, alsook een verkorte versie. Miriam Steele (2003) herwerkte het PDI specifiek voor adoptieouders.

Insightfulness Assessment

Oppenheim en collega's ontwikkelden het *Mother's Insightfulness Regarding their Children's Internal Worlds* (Insightfulness Assessment; Oppenheim & Koren-Karie, 2002). Ze baseerden zich op de gedachte dat inzicht in de interne wereld van het kind een belangrijke ouderlijke kwaliteit is, en een voorwaarde tot een veilige relatie tussen ouder en kind. Ze sluiten aan bij een gedachte die Ainsworth (1969) formuleerde als: "The mother must be able to empathize with her baby's feelings and wishes before she can respond with sensitivity." Deze bekwaamheid om de baby te begrijpen vanuit zijn wensen en verlangens, komt tot uiting in de wijze waarop de moeder omgaat met haar baby en tegemoetkomt aan zijn noden en verlangens.

De afname van de IA vindt plaats in twee stappen. Tijdens een eerste huisbezoek worden kind en zorgfiguur geobserveerd in drie situaties: (1) gestructureerd spel, waarbij de zorgfiguur de interesse van het kind voor een nieuw stukje speelgoed tracht te wekken; (2) de zorg-

interview (PDI-R; Slade & Kaplan, 2004), een gestructureerd interview die de representatie betreffende zijn/haar relatie met meer gevraagd naar zich verdrietig voelde, relatie met hun kind be- als ouder omschrij- hun kind plezierig of de hand van de ant- kan onder meer wor- de ouders over een n beschikken (Slade, , Levy & Locker, l aangepast voor ge- elgroepen. Zo is er peuters, alsook een eele (2003) herwerk- doptieouders.

ontwikkelden het *Measuring their Children's Well-being Assessment*; e, 2002). Ze baseer- at inzicht in de inter- belangrijke ouderlij- waarde tot een veili- kind. Ze sluiten aan vorth (1969) formu- ust be able to empa- gs and wishes befo- nsitivity." Deze be- begrijpen vanuit zijn omt tot uiting in de ngaat met haar baby n noden en verlan-

plaats in twee stap- huisbezoek worden veerd in drie situa- l, waarbij de zorgfi- ind voor een nieuw vekken; (2) de zorg-

figuur verschoont de luier van het kind; (3) de zorgfiguur is afgeleid, waarbij hij/zij in aanwezigheid van het kind vragenlijsten invult. Tijdens het tweede huisbezoek vindt het interview met de zorgfiguur plaats, waarbij de eerste twee minuten van elk van de drie observatiesituaties samen met de zorgfiguur bekeken worden. Daarna worden vragen voorgelegd betreffende gedachten en gevoelens van het kind en de ouder zelf. De antwoorden die de zorgfiguur op deze vragen geeft, kunnen gescoord worden op tien schalen: (1) inzicht in de motieven van het kind, (2) openheid in denken, (3) complexiteit in de beschrijving van het kind, (4) de focus gericht kunnen houden op het kind, (5) rijkdom van de beschrijving van het kind, (6) coherentie van denken, (7) acceptatie en warmte ten aanzien van het kind, (8) woede, (9) bezorgdheid en (10) gesepareerd zijn ten aanzien van het kind. De score van de zorgfiguur op deze schalen vormt vervolgens de basis voor een classificatie van zijn/haar empathisch inzichtelijk vermogen ten aanzien van zijn/haar kind als positief, eenzijdig, gedesengageerd, dan wel van een gemengd type. Dit instrument is bovendien geschikt voor zowel onderzoeks- als klinische doeleinden (zie Oppenheim & Goldsmith, 2007).

IFEEL Pictures

Bij de *IFEEL Pictures* (IFP; Emde, Osofsky, & Butterfield, 1993; zie ook Meurs & Vliegen, 2008) wordt nagegaan hoe de zorgfiguur affectieve gelaatsexpressies van jonge kinderen interpreteert. Het uitgangspunt is dat affectinterpretatie als een centraal aspect van emotionele communicatie tussen zorgfiguur en kind beschouwd kan worden. De IFP bestaat uit dertig foto's van gelaatsexpressies van jonge kinderen tussen 10 en 14 maanden, gebundeld in een boekje. Bij het tonen van deze foto's wordt telkens gevraagd: (1) welk gevoel het kind op de foto vertoont (affectcategorie); (2) hoe aangenaam dat gevoel is (kwaliteit/evaluatie van het affect) en (3) hoe intens dat gevoel is (kwantiteit/intensiteit van het affect). Op deze manier combineert de IFP een categoriale met een dimensionale benadering van het gevoelsleven

(Vliegen & Meurs, 2004). Naast de toepassing bij zorgfiguren kan de IFP ook gebruikt worden bij kinderen om een beeld te krijgen van de wijze waarop het emotionele interpretatiesysteem zich aan het ontwikkelen is en hoe dit bij een bepaalde problematiek een eventuele verstoring impact kan hebben op de interacties met anderen (Meurs, 2000; Meurs & Vliegen, 2008).

Zelfrapporteringsgebaseerde instrumenten

Ten slotte zijn er de instrumenten gebaseerd op vragenlijstrapportering door de primaire zorgfiguur van het kind (zie ook tabel 3). Verder worden de voor- en nadelen van deze methode nog uitgebreid besproken.

Kent Infant Development Scale

De *Kent Infant Development Scale* – *Nederlandse vertaling* (KID-N; Schneider, Loots & Reuter, 1990; Nederlandse vertaling van Reuter & Bickett, 1985) beoogt het ontwikkelingsniveau van het kind in te schatten. De rationale hierachter is dat ieder nieuw onderdeel in het gedragsrepertoire van een kind een nieuwe, verdere stap in de ontwikkeling van dat kind vertegenwoordigt. Bovendien wordt aangenomen dat dit in een min of meer vaste volgorde – bepaald door de ontwikkeling en leeftijd – verloopt. De KID-N kan toegepast worden bij kinderen met een mentale leeftijd tot ongeveer één jaar, en is ook bruikbaar bij risicobaby's zoals couveusekinderen en kinderen met een zeer laag geboortegewicht, alsook bij kinderen tot acht jaar met ernstige meervoudige beperkingen. Deze vragenlijst bestaat uit 252 items, waarbij de zorgfiguur dient aan te geven of het kind het betrokken gedrag al dan niet vertoont. Deze items kunnen ondergebracht worden in vijf subschalen, waarvan er vier verwijzen naar een belangrijk domein van de kinderontwikkeling, met name cognitie (voorbeeld op 1 maand: kijkt naar het bewegen van zijn handen), motoriek (voorbeeld op 1 maand: tilt de kin op als hij op zijn buik ligt); taal (voorbeeld op 15 maanden: zegt drie of vier duidelijk herkenbare woorden)

[T a b e l 3] Zelfrapporteringgebaseerde instrumenten.

Instrument	Leeftijd	Aspecten van ontwikkeling	Psychometrische kwaliteiten	Normgegevens	Gebruik in klinische setting
Kent Infant Development Scale – Nederlandse vertaling (KID-N; Schneider, Loots & Reuter, 1990; Nederlandse vertaling van Reuter & Bickert, 1985)	0-12 maanden (mentale leeftijd)	<ul style="list-style-type: none"> – Cognitie. – Motoriek. – Taal. – Sociaal gedrag. – Zelfredzaamheid. 	Betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens zijn voldoende (zie Morrow-Tluca, Ernhart & Liddle, 1987).	Er zijn tot hiertoe enkel Amerikaanse normgegevens beschikbaar.	Ook bruikbaar bij medisch kwetsbare baby's en oudere kinderen met ernstige meervoudige beperkingen.
Ages & Stages Questionnaires (ASQ; Bricker & Squires, 1999)	4-60 maanden	<ul style="list-style-type: none"> – Communicatie. – Grove motoriek. – Fijne motoriek. – Probleemoplossing. – Persoonlijk-sociaal functioneren. 	Goede betrouwbaarheid en valideit.	Gestandaardiseerd in een nationale steekproef van baby's en jonge kinderen.	<ul style="list-style-type: none"> – Dit is een screeningsinstrument voor ontwikkelingsproblemen: cut-offpunten geven hoog of laag risico aan. Bij hoog risico moet worden doorverwezen. – Een training wordt aangeraden (zie http://www.agesandstages.com/asq/chart.html). – Het is zowel door ouders als klinici in te vullen (vergt 1 tot 5 minuten).
Ages & Stages Questionnaires – Social-Emotional Version (ASQ-SE; Squires, Bricker & Twombly, 2002)	6-60 maanden	<ul style="list-style-type: none"> – Sociaal-emotionele problemen. – Gedragsproblemen. – Sociale competentie. 	Gemiddeld hoge interne consistenties. Uitstekende test-hertestbetrouwbaarheid. Goede sensitiviteit en specificiteit.	Gestandaardiseerd bij 3.014 kinderen (gecontroleerd voor inkomens, opleidingsniveau en etniciteit).	Dit is een screeningsinstrument voor sociale, emotionele en gedragsproblemen. Bij hoge scores dient er een meer gedetailleerde evaluatie te gebeuren.
Infant Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA; Carter & Briggs-Gowan, 2000)	12-36 maanden	<ul style="list-style-type: none"> – Externaliserend gedrag. – Internaliserend gedrag. – Dysregulatie. – Competenties. 	Hoge interne consistentie voor domeinen en gemiddeld hoge interne consistentie voor subschalen. Uitstekende test-hertestbetrouwbaarheid. Goede criteriumgerelateerde en constructvaliditeit.	Gestandaardiseerd (gecontroleerd voor geslacht en etniciteit).	Dit instrument beoordeelt probleemgedragingen uitgebreid.

Infant Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA; Carter & Briggs-Gowan, 2000)	12-36 maanden	<ul style="list-style-type: none"> - Externaliserend gedrag. - Internaliserend gedrag. - Dysregulatie. - Competenties. 	Hoge interne consistentie voor domeinen en gemiddeld hoge interne consistentie voor subschalen. Uitstekende test-hertest-betrouwbaarheid. Goede criterium-gerelateerde en constructvaliditeit.	Gestandaardiseerd (gecontroleerd voor geslacht en etniciteit).	Dit instrument beoordeelt probleemgedragingen uitgebreid.
Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA; Briggs-Gowan & Carter, 2002)	12-36 maanden	<ul style="list-style-type: none"> - Probleemgedrag. - Competenties. 	Voldoende tot goede sensitiviteit en specificiteit in het screenen van kinderen met extreme scores op de ITSEA en CBCL/2-3. Goede criteriumgerelateerde en constructvaliditeit (Briggs-Gowan et al., 2004). Goede korte versie van de ITSEA: selectie van hoogst ladende items in factoranalyse en beoordeling van 'klinische relevantie' door experts.	Geen afzonderlijke normgegevens beschikbaar; grote vergelijkbaarheid met ITSEA.	<ul style="list-style-type: none"> - Dit instrument doet een eerste screening van probleemgedragingen. - Het is gemakkelijk te scoren.
Child Behavior Checklist-ages 1,5-5 (CBCL 1 1/2-5; Achenbach & Rescorla, 2000)	18-60 maanden	<ul style="list-style-type: none"> - Externaliserende problemen. - Internaliserende problemen. - Taalontwikkeling (LDS). 	Gebaseerd op de CBCL 2-3 en CBCL 4-18. Hoge test-hertest-betrouwbaarheid voor de meeste subschalen. Goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Aanvaardbare inhouds-, criteriumgerelateerde en constructvaliditeit van de probleemsubschalen.	Gestandaardiseerd (gecontroleerd voor inkomen en etniciteit) in 40 staten en met zowel moeder als vader als respondenten. Ook Nederlandse normen beschikbaar.	<ul style="list-style-type: none"> - Dit instrument is geschikt voor de diagnostiek van sociale, emotionele en gedragsproblemen. - Ook de taalontwikkeling kan worden nagegaan. - Het beslaat een groot leeftijdsbereik. - Het vergt 10 minuten om in te vullen. - Er is ook een versie voor leerkrachten. - Syndromen kunnen worden gescoord in 2 brede groepen van internaliserende en externaliserende syndromen. - Scores op de schalen kunnen worden gerelateerd aan DSM-diagnoses. - Er is al veel onderzoek mee gedaan.

en sociaal gedrag (voorbeeld op 14,4 maanden: geeft volwassene een kusje op verzoek). De vijfde subschaal, zelfredzaamheid, werd toegevoegd om na te gaan waar er, bij vertraagde ontwikkeling, zich een achterstand voordoet ten opzichte van normaal ontwikkelende kinderen (voorbeeld op 15,5 maanden: schept een beetje eten op een lepel met hulp van een volwassene).

Ages & Stages Questionnaires (Social-Emotional Version)

De *Ages & Stages Questionnaires* (ASQ; Bricker & Squires, 1999) beoogt kinderen tussen 4 en 60 maanden oud te screenen op ontwikkelingsachterstand. De vragenlijsten variëren naargelang de leeftijd van het kind, en bevragen *vijf basisontwikkelingsdimensies*: (1) communicatie, (2) grove motoriek, (3) fijne motoriek, (4) probleemoplossing en (5) persoonlijk-sociaal functioneren. Zorgfiguren kunnen de 30 goed geïllustreerde items aan de hand van hun observaties makkelijk in 10 tot 15 minuten invullen.

De *Ages & Stages Questionnaires – Social-Emotional Version* (ASQ-SE; Squires, Bricker & Twombly, 2002) zijn toegespitst op *zeven sociaal-emotionele ontwikkelingsgebieden*: (1) zelfregulatie, (2) gehoorzaamheid, (3) communicatie, (4) adaptief functioneren, (5) autonomie, (6) affect en (7) interactie met mensen. Het is voor de diagnosticus gemakkelijk de antwoorden van de ouders in 2-3 minuten te coderen op een bevattelijk scoreblad. Via de handleiding krijgt de diagnosticus ook handvatten om te bepalen waar het kind zich situeert in welbepaalde ontwikkelingsdomeinen in vergelijking met de (voorlopig Amerikaanse) normgroep.

Infant-Toddler Social and Emotional Assessment

De *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment* (ITSEA; Carter & Briggs-Gowan, 2000) is bedoeld om sociaal-emotionele en gedragsproblemen op te sporen, alsook vertragingen in het verwerven van bepaalde vaardigheden, bij kinderen tussen één tot drie jaar oud. Deze inschatting is gebaseerd op de observaties van het

kind in zijn/haar natuurlijke omgeving. Ze kan afgenomen worden aan de hand van een vragenlijst of een gestructureerd interview, en bevroegt de volgende gedragsdomeinen (139 items): (1) externaliserend gedrag (activiteit/impulsiviteit, agressie/ongehoorzaamheid, en agressie naar leeftijdsgenoten), (2) internaliserend gedrag (depressie/terugtrekken, algemene angst, separatieangst en teruggetrokken reageren in nieuwe situaties), (3) verstoorde regulatie (slaap, negatieve emotionaliteit, eten en sensorische sensitiviteit) en (4) vaardigheden (gehoorzaamheid, aandacht, imitatie/spel, gericht zijn op bemeesteren, empathie en prosociale relaties met leeftijdsgenoten). De ITSEA bevat drie indices, maladaptief gedrag (bijvoorbeeld symptomen van het syndroom van Gilles de la Tourette), atypisch gedrag (bijvoorbeeld autisme) en sociale verbondenheid, alsook klinisch belangrijke items die bedoeld zijn om meer ernstige problemen te identificeren.

De *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment* (BITSEA; Briggs-Gowan & Carter, 2002) is een verkorte versie bestaande uit 42 items, die in ongeveer 5 à 7 minuten afgenomen kan worden.

Child Behaviour Checklist 1½-5

De *Child Behaviour Checklist 1½-5* (Achenbach & Rescorla, 2000) is bedoeld om sociaal-emotionele en gedragsproblemen bij kinderen tussen 18 en 60 maanden te detecteren. De volgende zeven syndromen worden aan de hand van 99 items bevraagd: (1) emotionele reactiviteit ('maakt zich zorgen'), (2) angstig/depressief ('is ongelukkig, verdrietig, depressief'), (3) somatische klachten ('heeft hoofdpijn zonder medische oorzaak'), (4) teruggetrokken ('antwoordt niet als mensen hem/haar aanspreken'), (5) slaapproblemen ('wil niet alleen slapen'), (6) aandachtsproblemen ('kan zich niet concentreren, kan niet lang opletten') en (7) agressieproblemen ('maakt eigen/andermans zaken kapot'). Deze kunnen worden gescoord in twee brede groepen van internaliserende en externaliserende syndromen. Er wordt ook een totale probleemscore berekend. Daarnaast omvat de CBCL 1½-5 ook de Language Develop-

ke omgeving. Ze kan de hand van een vrand interview, en gedragsdomeinen (139 gedrag (activiteit/gehoorzaamheid, en ten), (2) internaliserend trekken, algemene eruggetrokken reage- (3) verstoorde regulatie, eten en sen- (4) vaardigheden (geimitatie/spel, gericht thie en prosociale ren). De ITSEA bevat gedrag (bijvoorbeeld oom van Gilles de la ; (bijvoorbeeld autisheid, alsook klinisch doeld zijn om meer tificeren.

ocial and Emotional
gs-Gowan & Carter,
sie bestaande uit 42
7 minuten afgenomen

: 1½-5

ist 1½-5 (Achenbach
d om sociaal-emotio-
bij kinderen tussen
acteren. De volgende
aan de hand van 99
otionele reactiviteit
) angstig/depressief
, depressief'), (3) so-
t hoofdpijn zonder
eruggetrokken ('ant-
hem/haar aanspre-
(‘wil niet alleen sla-
emen ('kan zich niet
ng opletten') en (7)
kt eigen/andermans
en worden gescoord
a internaliserende en
en. Er wordt ook een
kend. Daarnaast om-
Language Develop-

ment Survey (LDS; Rescorla, 1989), waarbij respondenten informatie kunnen geven over eventuele taalproblemen.

Een groot voordeel van dit instrument is dat, met de gepaste software, scores op de syndromen kunnen worden verbonden aan DSM-diagnoses (affectieve problemen, angstproblemen, pervasieve ontwikkelingsproblemen, ADHD en oppositionele gedragsproblemen). Bovendien kan zowel de totale score op elk syndroom als de score op de DSM-schalen worden weergegeven op een profiel. Op die manier kunnen de scores gemakkelijk vergeleken worden met een normgroep: ofwel bevinden de scores zich in het normale bereik (onder het 93ste percentiel), in het grens-klinische bereik (tussen het 93ste en 97ste percentiel) of het klinische bereik (boven het 97ste percentiel). Er is ook de mogelijkheid om scores van verschillende informanten parallel in profielen te zetten zodat deze makkelijker met elkaar vergeleken kunnen worden. Omdat de CBCL 1½-5 tegenhangers heeft voor onderzoek bij oudere kinderen, kunnen gemakkelijk predictieve relaties verkregen worden tussen scores op de CBCL voor de leeftijd van anderhalf tot vijf en scores op de CBCL voor leeftijden tot 18 jaar. Onderzoek (Achenbach & Rescorla, 2000) toont aan dat kinderen met hoge scores op de CBCL 1½-5 (5 tot 6 keer) meer kans hebben om in de hulpverlening terecht te komen dan kinderen met scores onder de cut-off. Er is ondertussen al veel onderzoek gedaan met de CBCL (onder meer Madigan, Moran, Schuengel, Otten & Pederson, 2007). In onderzoek wordt de CBCL ook wel in combinatie met andere ontwikkelingsinstrumenten, zoals de ITSEA (bijvoorbeeld: Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little & Briggs-Gowan, 2001) of de BSID-II (bijvoorbeeld: Skovgaard et al., 2004) gebruikt, om naast probleemgedragingen ook competenties en andere aspecten van de ontwikkeling na te gaan.

Inschatting van het kind door zorgfiguren versus clinic

De voornoemde zelfrapporteringsschalen kunnen zowel door de ouders als door kinderver-

zorg(st)ers ingevuld worden. Dit maakt het mogelijk naar het gedrag van het kind te kijken over verschillende settings heen, wat eventuele discrepanties in het gedrag van het kind naar voren kan brengen. De perceptie van het gedrag van het kind wordt immers beïnvloed door subjectieve factoren, zoals bijvoorbeeld de gehechtheidsstijl van of psychopathologie bij de ouders (bijvoorbeeld: Pesonen, 2004). Zo kunnen bijvoorbeeld moeder en vader erg verschillen in de manier waarop ze naar hun kind kijken, afhankelijk van hun eigen voorgeschiedenis en daaruit voortvloeiende verwachtingen (interne werkmodellen). Dit betekent echter dat 'de accurate inschatting van wat het kind al dan niet kan' niet bestaat als een objectief gegeven, maar steeds moet worden bekeken vanuit wie de inschatting maakt en in welke omstandigheden. Vanuit een emotionele verbondenheid met het kind en/of vanuit eigen gevoelheden en blinde vlekken kan een zorgfiguur sommige uitingen van het kind verkeerd interpreteren. Hierdoor kan het ingeschatte ontwikkelingsniveau van het kind uiteindelijk hoger dan wel lager komen te liggen dan het in werkelijkheid, 'objectief' is. Een nadeel van ontwikkelingschalen gebaseerd op rapportering door een professionele zorgfiguur van bijvoorbeeld het kinderdagverblijf is dan weer dat deze vaak niet met één kind maar met meerdere kinderen tegelijk bezig is. Hierdoor is het mogelijk dat zij sommige items negatief beantwoordt omdat zij zelf nog niet gezien heeft dat het kind er al toe in staat is. De inschatting van een clinicus wordt als meer objectief aangezien doordat het een getrainde persoon is die het ontwikkelingsniveau inschat. Daartegenover kan men echter weer inbrengen dat ontwikkelingschalen gebaseerd op rapportering door de zorgfiguur, het voordeel hebben ingevuld te worden door een voor het kind vertrouwde persoon. Een jong kind zal zich ten opzichte van een vreemde observator immers vaak eerder terugtrekken en vanuit het vreemde, onveilige van de situatie niet tonen waartoe hij/zij in staat is. Ten aanzien van een vertrouwd iemand daarentegen zal het kind vaak gemakkelijker durven te tonen wat het al kan, ook wanneer dit nieuw verworven en nog onzekere competenties betreft.

Bovendien heeft de zorgfiguur al zicht op gedragingen van het kind in verscheidene situaties, wat de inhoudsvaliditeit ten goede komt. In het geval van de KID-N bijvoorbeeld wordt het gevaar van blinde vlekken grotendeels ondervangen door de zeer concrete formulering van de items. Op deze manier dient de zorgfiguur slechts aan te duiden of zijn/haar kind iets al dan niet kan.

De kwestie rond objectiviteit blijft een open debat: er zijn onderzoekers die inschattingen van de ouders over hun kind rijker vinden (bijvoorbeeld: Pesonen, 2004) versus auteurs die daar vooral twijfels rond formuleren (bijvoorbeeld: Seifer, Sameroff, Dickstein, Schiller & Hayden, 2004). Het gebruik van meerdere instrumenten en aanvullende perspectieven kan hier een oplossing bieden doordat het de validiteit van de observaties verhoogt.

Een voor de klinische praktijk relevant bijkomend voordeel van zelfrapporteringsschalen is dat wanneer de zorgfiguur verzocht wordt dergelijke vragenlijsten in te vullen, zijn/haar aandacht gevestigd wordt op mogelijke vaardigheden en evoluties die zijn/haar kind doormaakt. Op die manier raakt de zorgfiguur meer betrokken op zijn/haar kind en de veranderingen die zijn/haar kind doormaakt, alsook in een eventueel diagnostisch en therapeutisch proces.

Besluit

Met dit artikel hebben we getracht een overzicht te bieden van diagnostische instrumenten die gebruikt kunnen worden voor psychodiagnostiek bij jonge kinderen. Tot besluit willen we even stilstaan bij het effect van diagnostiek en van het gebruiken van diagnostische instrumenten op de gezinnen bij wie men met deze instrumenten aan de slag gaat. In het kader hiervan pleiten we voor een diagnostiek die fundamenteel *proces- en relatiegericht* is (Vliegen et al., 2007). Het uitgangspunt is dat diagnostiek steeds als een interventie beschouwd dient te worden, als een wezenlijk onderdeel van een therapeutisch proces. Op het gepaste moment samen met een zorgfiguur denken over de ontwikkeling van het kind, hem/haar

vragen samen met het kind te spelen en vragen naar intergenerationele gelijkenissen en verschillen, alsook naar hoe hij/zij separatiemomenten ervaart, dient immers in de eerste plaats om daar samen met de zorgfiguur bij te kunnenilstaan. Op deze manier kan het denken van de ouders over het kind en zijn gezin verruimen en hun kijk op en omgaan met het kind versoepelen. Dit impliceert ook dat men zich als clinicus, wat de invalshoek van het diagnostische proces betreft, in de eerste plaats dient te laten leiden door de vragen en zorgen die in de beleving van de zorgfiguur van dit kind vooraan staan, teneinde de therapeutische weg die met dit gezin afgelegd moet worden, te optimaliseren.

Dankwoord

Bij deze richten we een woord van dank aan de collega's van de werkgroep Infants van het Centrum voor Kinderpsychotherapie en Ontwikkelingsgerichte Interventie. De werkgroep in het algemeen en Kris Breesch in het bijzonder hebben gedurende enkele werkjaren bijgedragen tot het bijeenbrengen van klinisch relevante instrumenten.

Literatuur

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ainsworth, M. (1969). *Maternal sensitivity scales*. Available at the website (4th of September 2006). http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/pdf/mda_sens_coop.pdf
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development* (2nd Ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beebe, B. (2005). Mother-Infant Research Informs Mother-Infant Treatment. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 7-46.

d te spelen en vragen
gelijkenissen en ver-
hij/zij separatiemo-
nners in de eerste
t de zorgfiguur bij te
manier kan het den-
et kind en zijn gezin
en omgaan met het
pliceert ook dat men
invalshoek van het
ft, in de eerste plaats
de vragen en zorgen
e zorgfiguur van dit
de de therapeutische
legd moet worden, te

word van dank aan de
infants van het Centrum
Ontwikkelingsgerichte
het algemeen en Kris
oben gedurende enkele
et bijeenbrengen van
en.

, L.A. (2000). *Manual
forms and profiles.*
of Vermont, Research
and Families.

rnal sensitivity scales.
n of September 2006).
sb.edu/attach-

M.M.C., Waters, E., &
achment: A psychologi-
on. Hillsdale, NJ: Law-

iles of Infant Develop-
TX: Psychological Cor-

ant Research Informs
Psychoanalytic Study

Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P.,
Feldstein, S., & Andrews, H. (2005). Six-week post-
partum maternal depressive symptoms predict
4-month mother-infant self- and interactive regula-
tion. *Infant Mental Health Journal*, 29, 442-471.

Benoit, D., Parker, K.C.H., & Zeanah, C.H. (1997).
Mothers' representations of their infants assessed
prenatally: Stability and association with infants' at-
tachment classifications. *Journal of Child Psychology
and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(3), 307-313.

Benoit, D., Zeanah, C.H., Parker, K.C.H., Nicholson,
E., & Coolbear, J. (1997). "Working model of the
child interview": Infant clinical status related to ma-
ternal perceptions. *Infant Mental Health Journal*,
18(1), 107-121.

Biringen, Z., Robinson, J., & Emde, R.N. (1998). *The
Emotional Availability Scales* (3rd Ed.). Unpublished
manual, Colorado State University.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol 2. Sepa-
ration*. New York: Basic Books.

Brazelton, T.B., & Nugent, J.K. (1995). *Neonatal Be-
havioral Assessment Scale* (3rd Ed). Cambridge Uni-
versity Press.

Bretherton, I., Biringen, Z., & Ridgeway, D. (1991).
The parental side of attachment. In K.A. Pillemer & K.
McCartney (Eds.), *Parent-child relations throughout
life* (pp. 1-24). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C.,
& Sherman, M. (1989). Attachment: The parental per-
spective. *Infant Mental Health Journal*, 10(3),
203-221.

Bricker, D., & Squires, J. (1999). *The Ages & Stages
Questionnaires: A parent-completed, child monitoring
system* (2nd Ed.). Baltimore, MD: Paul H. Brookes
Publishing Co.

Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2002). *Brief In-
fant-Toddler Social and Emotional Assessment
(BITSEA) manual, version 2.0*. New Haven, CT: Yale
University.

Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2008). So-
cial-emotional screening status in early childhood
predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, 121,
957-962.

Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., Irwin, J.R., Wach-
tel, K., & Cicchetti, D.V. (2004). The Brief Infant-Tod-
dler Social and Emotional Assessment: Screening for
social-emotional problems and delays in competence.
Journal of Pediatrics Psychology, 29(2), 143-151.

Button, S. (1997). *The Parent Development Interview:
Reliability and factor structure*. Unpublished doctoral
dissertation, University of Virginia, Charlottesville.

Carter, A.S., & Briggs-Gowan, M.J. (2000). *The In-
fant-Toddler Social and Emotional Assessment
(ITSEA)*. Unpublished manual. Boston, MA: Univer-
sity of Massachusetts, Boston Department of Psychol-
ogy.

Carter, A.S., Briggs-Gowan, M.J., & Davis, N.O.
(2004). Assessment of young children's social-emo-
tional development and psychopathology: Recent ad-
vances and recommendations for practice. *Journal of
Child Psychology and Psychiatry*, 45, 109-134.

Carter, A.S., Garrity-Rokous, F.E., Chazan-Cohen, R.,
Little, C., & Briggs-Gowan, M.J. (2001). Maternal de-
pression and comorbidity: Predicting early parenting,
attachment security, and toddler social-emotional
problems and competencies. *Journal of the American
Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40,
18-36.

Cohn, J., & Ross, S. (1992). Infant response in the
still-face paradigm at 6 months predicts avoidant and
secure attachment at 12 months. *Developmental Psy-
chopathology*, 3, 367-376.

Couturier, G.L.G. (2005). *Kunnen cirkels handvatten
krijgen? De FEAS, een instrument om klinische
bevindingen te ordenen*. Online artikel geconsulteerd
op 7 januari 2007 op [www.rino.nl/material/items/
cirkels.pdf](http://www.rino.nl/material/items/cirkels.pdf).

DeGangi, G. (2000). *Pediatric disorders of regulation
in affect and behavior. A therapist's guide to assess-
ment and treatment*. San Diego, CA: Academic Press.

Del Carmen-Wiggins, R., & Carter, A.S. (2001). As-
sessment of infant and toddler mental health: Ad-
vances and challenges. *Journal of American
Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 7(40),
811-819.

Emde, R.N., Osofsky, J.D., & Butterfield, P.M. (1993).
The IFEEL Pictures: A new instrument for interpreting

emotions. Madison, CT: International Universities Press.

Field, T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 517-522.

Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle. A developmental systems view of mothers, fathers and infants*. New York: Basic Books.

Fivaz-Depeursinge, E., Favez, N., Lavanchy, S., de Noni, S., & Frascarolo, F. (2005). Four-month-olds make triangular bids to father and mother during triologue play with still-face. *Social Development*, 14(2), 361-378.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Karnac Books.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective Functioning Manual. Version 5*. Unpublished manuscript, University College London.

Fraley, R.C., & Spieker, S.J. (2003). Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior. *Developmental Psychology*, 39, 387-404.

Geenen, G. (2003). Het gehechtheidsgedrag van het kind volgens de Attachment Q-Sort (AQS). In G. Geenen, *Intergenerational transmission of attachment in a population of extreme poverty*. Unpublished PhD dissertation, K.U.Leuven.

George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 649-670). New York: Guilford Press.

Gianino, A., & Tronick, E.Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T. Field, P. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping* (pp. 47-68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gilliam, W.S., & Mayes, L.C. (2004). Assessing development as an infant mental health technique: Integrating clinical and psychometric perspectives. In R. Del Carmen-Wiggins & A.S. Carter (Eds.), *Handbook*

of infant and toddler mental health assessment (pp. 185-203). New York, NY: Oxford University Press.

Greenspan, S.I. (1992). *Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison, CT: International Universities Press.

Huffman, L.C., & Nichols, M. (2004). Early detection of young children's mental health problems in primary care settings. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 467-489). New York, NY: Oxford University Press.

Lavigne, J.V., Arend, R., Rosenbaum, R., Binns, H.J., Christoffel, K.K., & Gibbons, R.D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1246-1254.

Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Otten, R., & Pederson, D.R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1042-1050.

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* (pp. 121-182). Chicago: The University of Chicago Press.

Martin, A., Volkmar, F.R., & Lewis M. (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Lippincott: Williams & Wilkins.

Massie, H. (1977). Patterns of mother-infant behavior and subsequent childhood psychoses. *Child Psychiatry and Human Development*, 7, 211-230.

Massie, H., & Campbell, B.K. (1983). The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress. In J.D. Call, E. Gallenson, & E. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (pp. 394-412). New York: Basic Books.

Massie, H., & Campbell, B.K. (1992). *The Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment Indicators during Stress. For use during the pediatric exami-*

- health assessment (pp. 1-10). Oxford University Press.
- cy and early childhood: assessment and intervention: parental challenges. Madi-
cities Press.
- (2004). Early detection
health problems in pri-
Carmen-Wiggins & A.
fant, toddler, and pre-
ent (pp. 467-489). New
Press.
- nbaum, R., Binns, H.J.,
R.D. (1998). Psychiatric
eschool years: I. Stabili-
e American Academy of
ry, 37, 1246-1254.
- engel, C., Otten, R., &
olved maternal attach-
ted maternal behavior
in infancy: Links to tod-
nal of Child Psychology
1.
-). Procedures for iden-
/disoriented during the
In M.T. Greenberg, D.
(Eds.), *Attachment in*
82). Chicago: The Uni-
- ewis M. (2007). *Lewis's*
stry: A comprehensive
& Wilkins.
- mother-infant behavior
ychoses. *Child Psychia-*
7, 211-230.
- (1983). The Massie-
ant attachment indica-
ill, E. Gallenson, & E.
nt psychiatry (pp. 394-
- (1992). *The Massie-*
nt Attachment Indica-
ng the pediatric exami-
- nation and other childcare situations. Unpublished
manual.
- Mathiesen, K.S., & Sanson, A. (2000). Dimensions of
early childhood behavior problems: Stability and pre-
dictors of change from 18 to 30 months. *Journal of*
Abnormal Child Psychology, 28, 15-31.
- McDonough, S. (2000). Interaction guidance: An ap-
proach for difficult-to-engage parents. In C. Zeanah
(Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 485-
493). New York/London: Guilford Press.
- Meurs, P. (2000). *Gevoelsambivalentie in ontwikke-*
lingsperspectief. Grondige literatuurstudie van een
psychodynamisch kernbegrip en empirisch onderzoek
naar de structuur van positieve en negatieve affecti-
viteit. Niet-gepubliceerd doctoraatsproefschrift,
K.U.Leuven.
- Meurs, P., & Vliegen, N. (2008). *De I feel Pictures test.*
Over emotieregulatie en affectinterpretatie. Leuven:
Terra-Lannoo Campus.
- Morrow-Tlucak, M., Ernhart, C.B., & Liddle, C.L.
(1987). The Kent Infant Development Scale: Concur-
rent and predictive validity of a modified administra-
tion. *Psychological Reports*, 60(3), 887-894.
- Mullen, E.M. (1995). *Mullen Scales of Early Learning:*
AGS Edition. Circle Pines, MN: American Guidance
Service.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M., & Hooper, R.
(1993). Depressed mothers' speech to their infants
and its relation to infant gender and cognitive devel-
opment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,
34(7), 1083-1101.
- O'Brien, J. (2001). How screening and assessment
practices support quality disabilities in Head Start.
Head Start Bulletin (70). Retrieved on, 2009, from
[http://www.headstartinfo.org/publications/](http://www.headstartinfo.org/publications/hsbulletin70/hsb70_07.htm)
[hsbulletin70/hsb70_07.htm](http://www.headstartinfo.org/publications/hsbulletin70/hsb70_07.htm).
- Oppenheim, D., & Goldsmith, D.F. (2007). *Attach-*
ment theory in clinical work with children: Bridging
the gap between research and practice. New York:
Guilford Press.
- Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2002). Mothers'
insightfulness regarding their children's internal
worlds: The capacity underlying secure child-mother
relationships. *Infant Mental Health Journal*, 23(6),
593-605.
- Pesonen, A.K. (2004). *Infant temperament in context:*
Premises of parental perceptions. Academic disserta-
tion to be publicly discussed, by due permission of
the Faculty of Behavioural Sciences at the University
of Helsinki in auditorium XII, on the 16th of June,
2004.
- Provost, B., Crowe, T.K., & McClain, C. (2000). Con-
current validity of the Bayley Scales of Infant Devel-
opment. II. Motor Scale and the Peabody
Developmental Motor Scales in two-year-old chil-
dren. *Physical and Occupational Therapy in Pediat-*
rics, 20(1), 5-18.
- Rescorla, L. (1989). The Language Development Sur-
vey: A screening tool for delayed language in tod-
dlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54,
587-599.
- Reuter, J.M., & Bickett, L. (1985). *The Kent Infant De-*
velopment Scale manual (2nd Ed.). Kent, Ohio: Kent
Developmental Metrics, Inc.
- Schneider, M.J., Loots, G.M.P., & Reuter, J. (1990).
Kent Infant Development Scale (KID-N). Nederlandse
uitgave. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Seifer, R., Sameroff, A.J., Dickstein, S., Schiller, M., &
Hayden, L.C. (2004). Your own children are special:
Clues to the sources of reporting bias in temperament
assessments. *Infant Behavior and Development*,
27(3), 323-341.
- Skovgaard, A.M., Houmann, T., Landorph, S.L., &
Christiansen, E. (2004). Assessment and classifica-
tion of psychopathology in epidemiological research
of children 0-3 years of age: A review of the literature.
European Child and Adolescent Psychiatry, 13, 337-
346.
- Slade, A., Aber, J.L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan,
M. (2004). *The Parent Development Interview-Re-*
vised. Unpublished protocol. The City University of
New York.
- Slade, A., Bernbach, E., Grienemberger, J., Levy, D., &
Locker, A. (2004). *Addendum to Fonagy, Target,*
Steele, & Steele reflective functioning scoring manual
for use with the Parent Development Interview. Un-
published manuscript. New York, NY: The City Col-

lege and Graduate Center of the City University of New York.

Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional: A parent-completed, child monitoring system for social-emotional behaviors*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Squires, J., Potter, L., & Bricker, D. (1995). *Ages & Stages Questionnaire user's guide*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Steele, M. (December, 2003). *A longitudinal study of previously maltreated children: Attachment representations and adoption*. Paper presented at the conference Developmental Science and Psychoanalysis: Integration and Innovation, Yale Child Study Center, New Haven, CT.

Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T.B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.

Tronick, E.Z., Messinger, D., Weinberg, M.K., Lester, B.M., LaGasse, L., Seifer, R., Bauer, C.R., Shankaran, S., Bada, H.S., Wright, L.L., Smeriglio, V.L., & Liu, J. (2005). Cocaine exposure compromises infant and caregiver social emotional behavior and dyadic interactive features in the face-to-face still-face paradigm. *Developmental Psychology*, 1(5), 711-722.

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(4), 1188-1213.

Verhulst, F.C., Verheij, F., & Ferdinand, R.F. (2007). *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Psychopathologie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Visser, J.C. (2005). *DC:0-3. Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen bij infants* (vert.). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Vliegen, N. (2005). De observatieschalen voor 'emotionele beschikbaarheid' van Biringen, Robinson en Emde (1998). *Diagnostiek-wijzer*, 8(1), 4-16.

Vliegen, N., Casalin, S., & Breesch, K. (2007). Rondom de baby. Klinische diagnostiek van vroege ont-

wikkeling binnen primaire relaties. *Tijdschrift Klinische Psychologie, Themanummer 'Tot de puzzel past: Psychodiagnostiek in de praktijk'*, 37(3), 159-168.

Vliegen, N., & Meurs, P. (2004). 'IFEEL Pictures' als instrument om de interpretatie van emoties te meten. *Diagnostiek-wijzer*, 7(4), 153-160.

Waters, E. (1989). *Attachment Q-set (version 4.0)*. State University of New York, Stony Brook.

Weinberg, M., & Tronick, E. (1996). Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face. *Child Development*, 67, 905-914.

Worobey, J., & Brazelton, T.B. (1990). Newborn assessment and support for parenting: The Neonatal Behavioral Assessment Scale. In E.D. Gibbs & D.M. Teti (Eds.), *Interdisciplinary assessment of infants: A guide for early intervention professionals* (pp. 467-490). Baltimore: Brookes.

Zeanah, C.H., Jr. (2000). *Handbook of infant mental health* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Zeanah, C.H., & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Clinics of North America*, 4(3), 539-554.

Zeanah, C.H., Benoit, D., Barton, M.L., & Hirshberg, L. (1996). *Working Model of the Child Interview Coding Manual*. Unpublished manuscript.

Zeanah, C.H., & Smyke, A. (2003). *Working Model of the Child Interview Coding Manual-Revised*. Unpublished manuscript. Tulane University School of Medicine, New Orleans

S Summary

Diagnostic assessment of infants and toddlers is considered to be based on information coming from different informants and viewing different domains of child development and functioning. In this paper we review a range of instruments that elucidate weaknesses and strengths in the development of infants and toddlers within their families. These instruments aim at assessing development and looking at early competences and symptoms. Consequently, they can be used by clinicians as a guide in their preventive and therapeutic work. We categorised these assess-

relaties. *Tijdschrift nummer 'Tot de puzzel e praktijk', 37(3), 159-*

4). 'IFEEL Pictures' als e van emoties te meten. 160.

nt *Q-set (version 4.0)*. Stony Brook.

(1996). Infant affective of maternal interaction *lopment, 67, 905-914.*

3. (1990). Newborn as-renting: The Neonatal In E.D. Gibbs & D.M. *ssessment of infants: A professionals* (pp. 467-

dbook of infant mental uilford Press.

995). Clinical applica-interview in infant men-*scient Clinics of North*

on, M.L., & Hirshberg, *of the Child Interview* manuscript.

03). *Working Model of anual-Revised*. Unpub-
versity School of Medi-

ts and toddlers is con-
ation coming from dif-
g different domains of
ning. In this paper we
s that elucidate weak-
evelopment of infants
ies. These instruments
and looking at early
onsequently, they can
de in their preventive
egorised these assess-

ment instruments as follows: (1) observation-based, (2) interview-based, and (3) selfreport-based instru-
ments. We will also argue more in depth the advan-
tages and disadvantages of reporting by parents
versus clinicians.

P Personalia

Drs. Sara Casalin, klinisch kinderpsychologe, is werk-
zaam als onderzoeksassistent aan het Centrum
Kinderpsychotherapie en Ontwikkelingsgerichte In-
terventie van de K.U.Leuven.

Dr. Nicole Vliegen is doctor in de psychologie, seksu-
ologe, psychoanalytisch kindertherapeute en psycho-
analytica. Ze is als doctor-assistent verbonden aan
het Centrum Kinderpsychotherapie en Ontwikke-
lingsgerichte Interventie van de K.U.Leuven. Ze is
voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psycho-
analytische Therapie en lid van de Belgische School
voor Psychoanalyse.

Correspondentieadres: Sara Casalin, Tiensestraat 102
bus 3722, 3000 Leuven.

E-mail: sara.casalin@psy.kuleuven.be

WORKSHOPS PROJECTIEVE TESTDIAGNOSTIEK

8 januari 2010:	Nieuwe ontwikkelingen in de interpretatie van projectieve tests J. Vereycken
22 januari 2010:	Uitgebreide casus: scoring en interpretatie rorschach N. Deloof & K. Devriendt
5 februari 2010:	Psychopathie/perversie en projectieve tests J. Cootjans
12 februari 2010:	Psychose/schizofrenie en projectieve tests J. Lezy
26 februari 2010:	Therapeutische psychodiagnostiek H. De Saeger
Locatie:	Sint-Norbertuskliniek te Duffel (congrescentrum Kleiput)
Timing:	9u30-17u
Aantal deelnemers:	beperkt tot 25 per workshop
Kostprijs:	75 € per workshop/330 € reeks van 5 workshops, inclusief lunch + documentatie

Inlichtingen en/of inschrijving
johan.vereycken@hotmail.com