

## 2 Schematherapie en baby's en kinderen tot 3 jaar

*Katharina Armour, Sophie Kröger, Gerhard Zarbock*

**Inleiding.** Het hier beschreven model heeft vooral betrekking op de zogenaamde regulatiestoornissen (excessief huilen, slaap- en eetstoornissen) bij baby's en kleine kinderen. Voor het begrip 'regulatiestoornissen' wordt verwezen naar de actuele herziening van het begrip in het kader van de vernieuwingen in de definitie van deze stoornissen.<sup>1</sup> Het begrip 'regulatiestoornissen' werd in het internationaal erkende classificatiesysteem 'Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Revised (DC:0-3R)<sup>2</sup> van de werkgroep Zero To Three (ZTT-DC:0-3R, 2005) veranderd in 'regulatiestoornissen in de sensorische verwerking' en verwijst naar op aanleg gebaseerde reacties op sensorische stimuli. De diagnose heeft betrekking op problemen met het reguleren van emoties, gedrag en ook met motorische vaardigheden als reactie op sensorische stimuli, die leiden tot belemmeringen in de ontwikkeling en in het functioneren. De kwaliteit van de ouder-kindrelatie en de mogelijke stoornissen, die hierin ook behandeld worden, worden op een aparte as geclassificeerd.<sup>3</sup>

De focus ligt niet op de baby zelf, maar op de interactie tussen de baby en de primaire verzorger, meestal de moeder. De diagnostiek en de therapie hebben dus vooral betrekking op de primaire verzorgers van het kind. Ervaringen uit de gedragstherapie en verschillende andere modellen worden in dit hoofdstuk gecombineerd en in een schematherapeutisch perspectief geplaatst.<sup>4</sup> Bij het uitwerken van de schematherapeutische benadering werd eveneens gebruikgemaakt van de psychodynamische benadering. In de schematherapie wordt met de ouder-baby/kleinkindtherapie onbekend terrein betreden. Het concept dat hier uitgewerkt wordt, moet in de toekomst nog verder gedifferentieerd worden. Meer onderzoek naar het effect van schema-

therapeutische interventies bij baby's en kleine kinderen is essentieel voor de verdere ontwikkeling en aanpassing van wat hier verder wordt beschreven.

#### Kader 2.1 Voorbeeld

De 39-jarige marketingleidster mevrouw K. komt op consultatie omdat haar 9 maanden oude zoon sinds ongeveer een half jaar 's nachts elk half uur wakker wordt. Hij slaapt alleen weer in als ze hem de borst gegeven heeft. Ook overdag kan ze hem alleen op die manier kalmeren. Dat leidt bij haar tot chronische uitputting. Inmiddels begint ze haar kind bijna te haten.

Tijdens de anamnese vertelt mevrouw K. dat ze bij haar eerste kind na 4 maanden een flesje bij moest geven omdat het kind ondervoed was. Ze voelde zich toen een slechte moeder, omdat ze haar kind niet zelf kon voeden. Bij het tweede kind heeft ze vanaf het begin naar behoefte de borst gegeven om de melkproductie te stimuleren en deze keer 'alles goed te doen'. Haar eigen moeder verweet haar dat ze door de dubbele belasting van werken en kinderen te veel stress heeft om genoeg melk te produceren. Mevrouw K. is onzeker of ze door te werken haar kinderen niet geschaad heeft.

## 2.1 Fasespecifieke ontwikkelingstaken, -thema's, mogelijke crises, conflicten en trauma's in het jonge gezin vanuit het perspectief van de schematherapie

De geboorte van een kind is voor alle ouders een belangrijke mijlpaal in het leven. De kinderwens is vaak verbonden met ambivalente gevoelens. Die gevoelens gaan heen en weer van blijheid naar angst voor het verlies van autonomie. Naast deze innerlijke spanningen zijn er ook angsten en zorgen voor de nieuwe rol: Kan ik mijn kind verzorgen? Kan ik het beschermen? Red ik het in mijn nieuwe rol? Ook de verandering in de partnerdynamiek is voor de meeste ouders een uitdaging.

De reële situatie met de baby komt vaak niet overeen met de geïdealiseerde voorstelling van de ouders voor de geboorte. De verzorging van de baby bestaat soms uit vermoeiende korte slaap-waak-eten-ritmes. De huilperiodes van de baby kunnen leiden tot overbelasting en uitputting bij de ouders, wat niet zelden leidt tot frustraties van ouderlijke basisbehoeften, zoals het verlies van autonomie ('tijd voor mezelf', 'mijn persoonlijke interesses en wensen'). Deze situatie kan onbewust ervaringen uit de kindertijd en de daarmee

aanhangende gevoelens bij de ouders activeren. Zo kunnen kinderlijke angsten, verlatingsangst of woede van de ouders zich vermengen met de behoeften van het eigen kind. De baby en zijn uitingsvormen (communicatiesignalen) worden dan niet meer realistisch waargenomen.

### 1.1 Ontwikkelingstaken voor ouders en kind

Ouders moeten zich in de weken na de geboorte op verschillende manieren aanpassen:

- Fysiologische aanpassing in het kraambed.
- Zelfvertrouwen in de eigen ouderlijke competenties.
- Overgang naar het ouderschap, dat wil zeggen, tijdelijk verlies van de professionele identiteit, groei in de ouderrol, overgang van een relatie met z'n tweeën naar een relatie met z'n drieën (vergelijk 'Moederschapscapstellatie', Stern, 1998)<sup>5</sup>.
- Functionele coping van disfunctionele schema's, die door het opleven van persoonlijke hechtings- en relatie-ervaringen geactiveerd worden.
- Evenwicht opbouwen tussen de eigen en de kinderlijke psychische basisbehoeften: hechting, autonomie, versterken van de eigenwaarde, genot (spontaneïteit, spel en plezier).

Kinderen moeten zich ook aanpassen op een aantal gebieden in de eerste twee levensjaren:

- Eten en verteren.
- Reguleren van het gedrag en de slaap- en waaktoestand.
- Reguleren van het affectieve gedrag.
- Focussen van de aandacht.
- Evenwicht zoeken tussen hechting en exploratie, en tussen afhankelijkheid en autonomie.

### 1.1.1 Coping en interactie

Het beheersen van ontwikkelingstaken en -verwachtingen kan alleen met hulp van de ouders gebeuren. De 'fine-tuning' van dit proces wordt beïnvloed door kinderlijke, ouderlijke en situationele factoren. De ouders en het kind brengen hun eigen kwetsbaarheden, disposities en beperkingen in de interactie.

Bij de ouders beïnvloeden onder andere persoonlijkheidsvariabelen, schema's en copingstrategieën evenals de actuele psychische belasting de kwaliteit

van het relatieaanbod. De eigen aanleg van het kind wat betreft aanpassing en zelfregulatie beïnvloedt mede de relatie (temperament, habitueel en 'maximaal' arousal-niveau, zelfregulatiemogelijkheden). Bij een moeilijk temperament windt het kind zich snel en intens op en laat het zich moeilijk door de ouders kalmeren. Het opbouwen van een regelmatig slaap- en eetritme is bij zogenaamde 'moeilijke' kinderen verstoord, ze zijn snel geprikkeld. Dit betekent voor de ouders een extra belasting, waardoor emoties, schema's en modi gemakkelijker worden getriggerd.

Organische bijzonderheden (zelden lichamelijke beperkingen) en traumatisering van het kind (bijvoorbeeld door infuusvoeding) kunnen het proces nog bemoeilijken.

In de meeste gevallen hebben de moeilijkheden te maken met de ouder-kindinteractie. De behoeften van het kind worden niet goed herkend of verkeerd geïnterpreteerd of de ouders reageren niet voldoende sensitief. Dit kan zowel bij het kind als bij de ouders tot overdreven emotionele reacties leiden. De ontwikkeling van regulatiestoornissen kan dus gezien worden als het mislukken van de gemeenschappelijke regulatie van de ouders en de baby bij de verwerking van ontwikkelingsstaken. Regulatiestoornissen uiten zich vervolgens in symptomen van extreme prikkelbaarheid (excessief huilen), eten weigeren en in- en doorslaapstoornissen.

### 2.1.3 Oorzaken van het 'niet juist op elkaar reageren' – een schematherapeutische benadering

De (reële) baby activeert afhankelijk van zijn behoeften disfunctionele schema's respectievelijk modi bij zijn ouders, die verbonden zijn met onbevredigde basisbehoeften en ervaringen uit de kindertijd van de ouders. Gezond ouderlijk gedrag en problematiek vanuit de eigen levensgeschiedenis raken zo met elkaar vermengd. De intuïtieve, ouderlijke competentie die volgens Papousek (2004)<sup>6</sup> bij de meeste ouders aanwezig is, wordt soms overschaduwed. De ouders interpreteren de signalen van hun kind vanuit hun geactiveerde disfunctionele schema's en reageren onvoldoende sensitief. De ouders voelen zich overbelast, weten niet meer welke richting ze uit moeten en raken verstrikt in chronische dilemma's. De moeder denkt bijvoorbeeld wanneer haar kind urenlang huilt: 'Wat ik ook doe, hij is nooit tevreden.' Al naargelang de modus van waaruit ze reageert, kan ze agressief worden, schreeuwen of zelfs het kind door elkaar schudden (de eigen woedende kindmodus van de moeder). Een apathische reactie (modus van de onthechte beschermer) met daaropvolgende eetaanvallen om zichzelf af te leiden, is een andere moge-

lijke reactie. De moeder kan het signaal van het kind verwarren met haar eigen kinderlijke behoeften ('Mijn kind huilt, het voelt zich dus alleen'), zodat eerst de modus van het kwetsbare kind (van de moeder) geactiveerd wordt, waardoor de moeder de baby overdreven gaat stimuleren. Deze overprikkeling kan het huilen dan weer versterken. Door de activatie van disfunctionele schema's en modi vermengen de gevoelens en behoeften van de moeder zich met die van de baby. Het is dan niet meer duidelijk waar de irritatie van de baby vandaan komt en de moeder kan de signalen van het kind niet meer correct en kindgericht decoderen. Haar modus van de gezonde volwassene is 'uitgeschakeld'. De schematherapeutische behandeling richt zich daarom op de ontwarring van ouderlijke en kinderlijke behoeften door de moeder/vader bewust te maken van de eigen disfunctionele schema's en modi, die de baby dan weer beïnvloeden. De therapeut 'zoekt' achter de geactiveerde disfunctionele schema's of modi ook eigen gekwetste of onbevredigde basisbehoeften, waarbij gekeken wordt of deze alsnog bevredigd kunnen worden. Centraal in de therapie staat dan de vraag: 'Wat heb je zelf nodig om dit schema te ontkrachten of deze modus af te zwakken?' De oriëntering op de behoeften komt ook terug in de psychodynamische theorie, bijvoorbeeld de projectieve identificatie of de 'Geesten in de kinderkamer' volgens Fraiberg (Barth, 2004; Fraiberg et al., 2003, 1975).<sup>7</sup>

#### Kader 2.2

Kenmerkende modi die bij ouders van baby's geactiveerd kunnen worden, zijn de volgende (andere modi kunnen in bepaalde gevallen ook van belang zijn):

- Gezonde volwassene
- Gelukkige moeder/vader (*happy parent*): deze modus beschrijft de gelukkige eensgezindheid van de ouders wanneer ze een bevredigende relatie ervaren met het kind, bijvoorbeeld in de zogenaamde vreugdecycli (ongeveer 30.000 wederkerige vreugdeacties van de moeder en de baby in de eerste 6 maanden, Krause, 2006)
- Verlaten of kwetsbaar kind
- Woedend kind
- Straffende/eisende ouder (naar binnen of buiten gericht)
- Onthechte beschermer (als copingmodus)
- Onthechte zelfsusser en -stimulatie (als copingmodus)
- Aanvalmodus (*bully and attack*)
- (Perfectionistische) overcompensatie (als copingmodus)



## Oudermodi

**Gezonde volwassene.** De modus van de gezonde volwassene wordt gekenmerkt door anticiperen, frustratietolerantie, empathie en het vermogen om eigen behoeften uit te stellen. Voor de verzorging van een baby is het bijzonder belangrijk dat de 'zelfopoffering' en het opnemen van de verzorgende rol gecontroleerd worden opgepakt. Het verschil met een zelfopofferingsschema is dat de moeder ook ruimte krijgt om zo goed mogelijk voor zichzelf te zorgen. Met hulp van de vader, ouders of vrienden moet zij een time-out kunnen nemen om zichzelf weer op te laden en overbelasting te voorkomen.

**Gelukkige ouder.** Aanvullend op de gezonde volwassene plaatsen wij de modus van de gelukkige ouder (*happy parent*). Deze modus komt vooral voor in interactie met de baby, wanneer de opvoeder en de baby elkaar bevestigen in de zogenaamde lachen-bevestigencyclus. De modus van de gelukkige ouder wordt gekenmerkt door een intens geluksgevoel, een diepe genegenheid voor het kind en lichamelijke harmonie met de baby.

**Straffende/eisende ouder.** Tekort aan slaap en andere overbelasting bij de verzorging van de baby kunnen leiden tot een latente prikkelbaarheid bij de ouders, van waaruit de modus van de straffende/eisende ouder geactiveerd kan worden. Het gaat om de internalisering van eisende of bestraffende opvoeders, in het bijzonder van ouders, maar ook van leerkrachten, trainers of andere autoriteitspersonen uit de eigen geschiedenis. Het schema *bestrafende houding* als basis van de modus van de straffende ouder is de geautomatiseerde opvatting dat de eigen fouten of die van anderen streng bestraft moeten worden. De modus kenmerkt zich door harde kritiek, minuscule zoeken naar fouten en deze bestraffen. De kenmerken van een eisende oudermodus zijn strenge normen, perfectionisme en fixeren op prestaties.

Als de straffende/eisende modus naar binnen gericht wordt, uit hij zich door zelfbeschuldiging, twijfel aan zichzelf en zichzelf uitschelden (meer straffend) of door innerlijke gedrevenheid, zich overdreven richten op prestaties en zoeken naar fouten (meer eisend). Moeders die twijfelen of ze een 'goede moeder' zijn en geloven dat alle andere moeders 'het beter kunnen', devalueren zichzelf, zijn overdreven bezorgd om hun kind, offeren zichzelf op en voelen zich depressief (eisende ouder).

Als de modus naar buiten gericht is, worden andere personen die bij de baby betrokken zijn voor vermeende fouten en onhandigheid bekritiseerd en onder druk gezet. Zo kunnen conflicten ontstaan tussen de partners, waarbij de baby bijvoorbeeld luide ruzies hoort.

## Kindmodi

De signalen van de baby kunnen bij de ouders ook eigen kinderlijke modi activeren.

**Woedende kind.** Als de eigen behoeften (aan slaap, rust, vrije tijd) permanent gefrustreerd worden en de ouders door de baby en zijn verzorging in combinatie met de organisatie van de rest van het gezin en werk overbelast zijn, kan het huilen van het kind de modus van het woedende en driftige kind oproepen bij de ouder. Het is nog moeilijker als de ouder alleenstaand is en een klein netwerk heeft. Als de ouder niet terug kan gaan naar de modus van de gezonde volwassene, kan hij/zij soms woedend reageren op het kind, wat weer kan leiden tot schuld- of schaamtegevoelens. In extreme gevallen kan het zelfs - bij een vroegere psychische belasting van de ouder - tot lichamelijke mishandeling komen.

**Kwetsbaar kind.** De confrontatie met de sterke afhankelijkheid van de baby kan leiden tot de activatie van het eigen kwetsbare kind in de moeder of vader. De schema's *emotionele verwaarlozing* of *verlating* kunnen hieraan ten grondslag liggen als gevolg van tekortkomingen in de eigen jeugd of vroege trauma's. De baby representeert dan het vroegere levenslot van een van zijn ouders. De ouders beschrijven hun kind alsof het hetzelfde voelt als toen zij zelf nog kleine kinderen waren (Barth, 2004).<sup>8</sup>

## Copingmodi

De emoties die met schema-activatie gepaard gaan, zoals angst, woede en schaamte, zijn zeer pijnlijk en roepen bij de ouders vaak onmiddellijk copingmodi op.

**Vermijding.** Bij vermijding (van de activatie van de eigen gevoelens van bijvoorbeeld verlating en eenzaamheid) kan de moeder haar oudere baby de borst blijven geven bij het inslapen of de baby steeds bij zich dragen om een scheiding te vermijden. Zo kan ze tegemoetkomen aan haar eigen onbevredigde behoefte aan nabijheid en verzorging. Het wordt dan moeilijk voor haar om de baby 's nachts alleen te laten. Bij een andere vorm van vermijding vermijdt de moeder oogcontact met haar baby en doet ze de verzorging lusteloos en mechanisch. Ze brengt weinig tijd door met speelse activiteiten, is niet responsief (antwoorden, spiegelen), waardoor de baby te weinig gestimuleerd wordt, met het gevaar van een onveilige hechting. Hierdoor zal de baby minder affect tonen of (al naargelang het temperament) later overdreven claimend gedrag ontwikkelen om de aandacht van zijn opvoeders te trekken.

**Overcompensatie.** Bij overcompensatie wordt de activatie van de eigen modus van het kwetsbare kind ('overgeleverd, hulpeloos, verlaten') met over-



dreven perfectionistische controle gecompenseerd. Er ontstaan extreme angsten dat het kind iets kan overkomen (bijvoorbeeld wiegendood) en het kind wordt, zonder dat er enige medische indicatie is, overdreven angstig bewaakt.

Ouders met het schema *wantrouwen/misbruik* hebben een sterke controlebehoefte met betrekking tot de signalen en behoeften van de baby. Ze zijn geneigd tot overstimulatie en negeren de pogingen van hun baby om zichzelf te reguleren. Als het kind zich dan terugtrekt om zichzelf tegen de overdreven stimuli van zijn ouders te beschermen, zien de ouders dit als een afwijzing.

**Onthechte beschermer.** De onthechte beschermer is een disfunctionele copingmodus die bijvoorbeeld bij postnatale depressies optreedt en zich uit in een uitschakeling of vervreemding van zichzelf.

**Pest en aanval.** De activatie van de modus pest en aanval, ook *bully and attack* modus genoemd, wordt gekenmerkt door woede of zelfs haat tegenover het eigen kind. Het kind wordt als een 'gulzig zwart gat' gezien. Beperkingen die ontstaan als gevolg van de verzorging van de baby worden als een ondraaglijke en onrechtvaardige kwelling ervaren. Deze ouders lijden vaak onder gewelddadige fantasieën tegenover de baby, wat in extreme gevallen tot mishandeling kan leiden.

Tabel 2.1 beschrijft het gedrag dat bij de overeenkomende modusactivatie bij ouders zichtbaar wordt.

Tabel 2.1 *Gedrag van de ouders bij de activatie van een modus*

Modusactivatie bij de ouders	Zichtbaar gedrag van de ouders
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Woedend, driftig kind; copingmodus pest en aanval</li> <li>• Kwetsbaar kind; vermijdende copingmodi</li> <li>• Overcontroleerder</li> <li>• Onthechte beschermer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Woedende reacties tegenover de baby, zoals luid schreeuwen, schelden; in extreem geval lichamelijke mishandeling</li> <li>• De borst geven of rondragen bij het inslapen; oogcontact met de baby vermijden; mechanisch wassen, verschonen en aankleden; weinig speel-se toewijding</li> <li>• Overdreven angstig bewaken van de baby met vaak 's nachts gaan kijken (verstoring van de slaap van de baby)</li> <li>• Afstomping en weinig reageren op de baby</li> </ul>

### Kader 2.3 Voorbeeld

Mevrouw K. heeft het gevoel dat ze faalt en ze gelooft dat ze een slechte moeder is (schema's *minderwaardigheid/schaamte* en *bestraffende houding* gericht naar binnen). Na de geboorte van haar tweede kind twijfelde ze aan haar intuïtieve moederlijke

competentie en ze zocht allerlei adviezen over borstvoeding en consulteerde daarbij verschillende internetfora (overdreven perfectionistische controle).

Het huilen van haar zontje had bij mevrouw K. de modus van het kwetsbare kind geactiveerd ('Hij voelt zich eenzaam wanneer ik niet bij hem ben') en het schema *verlating*. Vanwege een aandoening van de luchtwegen moest ze als kind verschillende maanden zonder ouders in het ziekenhuis blijven (in die tijd mochten ouders nog niet bij hun kind blijven). Ze weet nog hoe ze haar moeder op de parkeerplaats nakeek en zich eenzaam en verlaten voelde.

Wanneer ze nu haar kind 's avonds niet alleen wil laten, komt ze eigenlijk tegemoet aan haar eigen behoefte aan nabijheid (vermenging eigen behoeften – behoeften van het kind).

## 2.2 Schematherapeutische beschouwing vanuit de rol van de vader

In deze paragraaf wordt uitgegaan van het eerste kind in het gezin. Ook voor de vader zijn er verschillende ontwikkelingsstaken die bepaalde modi kunnen induceren. Frustraties van behoeften uit de eigen kinderjaren of in de loop van zijn leven kunnen bij de vader de volgende scenario's uitlokken: bij de geboorte van de baby moet de vader vaak een groot deel van zijn onafhankelijkheid en vrijheid opgeven. Dit conflict speelt vooral als hij een moderne opvatting van de vaderrol heeft, waarbij ook de vader, en niet alleen de moeder, een groot deel van de verzorging en de opvang van het kind op zich neemt. Een goede vader willen zijn, en daarnaast een helpende partner, kan de eigen behoefte aan autonomie in de weg staan. Dan kunnen verschillende modi geactiveerd worden. De modus van het woedende of impulsieve kind kan bijvoorbeeld naar voren komen door agressieve gedachten over het kind ('Jij hebt mijn leven geruïneerd'), dat dan weer schuldgevoelens (straffende oudermodus: 'Hoe kun je zoiets denken – je bent gewoon slecht') oproept. Een overcompensatie kan bijvoorbeeld zijn dat de vader 's avonds (wild) gaat spelen met het kind. Hij reageert dan mogelijk onvoldoende sensitief op de behoeften aan rust en slaap van de baby met bijvoorbeeld slaapstoornissen of excessief huilen als gevolg. Dit kan gevoelens van tekortschieten van de vader oproepen.

Als bij de man de schema's *emotionele verwaarlozing* of *verlating/instabiliteit* aanwezig zijn en de vrouw de zorg, tot dan toe geconcentreerd op de partner, richt op het kind, kan de man gedestabiliseerd raken. Er ontstaat een concurrentiesituatie. De overgang van een relatie met twee naar een relatie

met drie kan dan moeizamer verlopen. De vader valt vaker, dieper en langer in de modus van het kwetsbare kind. De moeder zegt dat ze thuis 'twee kinderen' heeft. Andere mogelijke reacties zijn bijvoorbeeld meer ruzies met de partner (modus van het boze kind door de frustratie van behoeften). Fantasieën over scheiding respectievelijk werkelijke scheiding van de vader kunnen ook optreden.

Andere mogelijke strategieën zijn de vlucht in het werk (vermijdingsmodus van de onthechte beschermer), meer aandacht voor de vriendenkring of de vlucht in sport (modus: onthechte zelfsusser – actieve vermijding) of meer consumptie van alcohol of voeding (onthechte zelfsusser – passieve vermijding).

De situatie wordt verder bemoeilijkt als het kind een 'moeilijk' temperament heeft.

Als de baby-oudersinteractie prettig verloopt, lukt het de ouders om in de modus van de gezonde volwassene te blijven met een gecontroleerde zelfop-offering en toewijding, die nodig is om de ouderrol voldoende te vervullen. De basis van deze 'plichtsvervulling' is de modus van de gelukkige ouder (*happy parent*), die plezier ervaart met de kinderen, wat tot uiting komt in een vriendelijk en gelukkig relatieaanbod jegens het kind. Dit wordt door de baby en het kleine kind beantwoord met lachen en vrolijkheid. De partnerrelatie en de verzorging van de baby gaan ook beter als de vader en de moeder leren om zichzelf af en toe de rol van het kwetsbare kind toe te staan ('Ik kan niet meer – neem jij het even over') en zich door de partner laten troosten en steunen door even ontlast te worden.

### 2.3 Schematherapeutische concepten voor diagnostiek, psycho-educatie en therapie

---

De schematherapeutische diagnostiek en interventies bij regulatiestoornissen zijn sterk met elkaar verweven. Er is een geïndividualiseerde aanpak nodig, die zich richt op de behoeften en noden van de ouders en hun baby. Ouders die met hun baby professionele hulp zoeken, zijn dikwijls vertwijfeld, overbelast en uitgeput, zodat naast het welzijn van het kind in het begin van de behandeling het ontlasten van de ouders vooropstaat.

Het verhaal van de ouders en de directe observaties van de ouder-kind-interacties (bijvoorbeeld sussen, in bed leggen, eten geven en spelen) zijn het aangrijpingspunt voor de diagnostiek, het advies en de therapie (Papousek, 2004). Het interactiegedrag kan al bij het eerste contact via een gesprek of een video geobserveerd worden. De volgende diagnostische aspecten wor-