

De moeder-kind relatie bij psychiatrische problematiek in de postpartumperiode.
Enkele krachtlijnen van een vroegtijdige interventie.

Marijs Lenaerts, Ria Docx

Personalia.

Marijs Lenaerts is pedagoge, psychoanalytisch kindtherapeute en gezinstherapeute. Sinds maart 2002 werkt zij op de moeder-kind afdeling van het P.C. Bethanië te Zoersel in het kader van een project van Kind en Gezin.

E-mail: marijs.lenaerts@emmaus.be.

Ria Docx is psychiater, psychotherapeute en hoofd van de moeder-kind afdeling van P.C. Bethanië in Zoersel.

E-mail: ria.docx@emmaus.be

Samenvatting.

Emotionele responsiviteit, containment en reflectief functioneren zijn drie aan mekaar verwante processen die zich afspelen in de vroege ouder-kind relatie. In een eerste deel van dit artikel beschrijven we de consequenties voor deze processen wanneer de moeder in de postpartumperiode te kampen heeft met een psychiatrische problematiek. In een tweede deel schetsen we enkele krachtlijnen van een vroegtijdige interventie op een moeder-kind afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Zoals de begrippen emotionele responsiviteit, containment en reflectief functioneren centraal staan in de vroege moeder-kind relatie, komen ze ook terug in onze therapeutische relatie met de moeder. We beschrijven ook wat gezinsondersteunend werken betekent in een dergelijke context.

Inleiding.

Op geen enkel ogenblik in haar leven wordt een vrouw zo sterk geconfronteerd met veranderingen als tijdens de postpartumperiode en dit zowel op lichamelijk, emotioneel als relationeel vlak. Ook voor de partner, de vader van de baby, is het een periode vol overgangen en veranderingen. Nieuwe rollen en verantwoordelijkheden dringen zich op. De geboorte van het eerste kind betekent bovendien een overgang in het gezinssysteem van een relatie met twee naar een relatie met drie. Ook in het ruimere gezinssysteem veranderen rollen en verhoudingen. Ouders worden grootouders en hun kinderen worden ouders. Meestal kunnen de jonge ouders terugvallen op steun van familie en vrienden om deze overgangperiode goed te doorstaan en lukken ze erin om het ouderschap te integreren in hun reeds bestaande rollen en identiteit. Maar soms loopt het anders!

Wanneer de moeder in deze periode postpartumsyndromen¹ ontwikkelt waardoor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis een noodzakelijke realiteit wordt, betekent dit meestal een crisis, niet enkel voor de moeder, maar ook voor de partner en voor het ruimere gezinssysteem. In de postpartumperiode leeft de verwachting dat het jonge gezin gelukkig is of hoort te zijn met de nieuwe baby. Deze mythe moet doorbroken worden en men moet onderkennen dat de jonge moeder het niet redt en psychiatrische hulp nodig heeft. Wanneer op dat moment blijkt dat opname en behandeling zonder separatie van de baby voor de moeder tot één van de mogelijkheden behoren, valt het voor de meeste moeders, hun partner en de ruimere familiale context een stuk gemakkelijker om de ernst van de situatie te onderkennen en tot een opname te besluiten.

¹ De meest voorkomende postpartumsyndromen zijn: (1) postpartumdepressie waarbij een ongewone neerslachtigheid, angst, schuld- en insufficiëntiegevoelens een rol spelen - komt voor bij 10 tot 20% van de bevolking - en (2) postpartumpsychose waarbij verwarring, verbijstering, gestoorde realiteitsbeleving, angst en motorische onrust de voornaamste kenmerken vormen - komt voor bij 0,1 tot 0,2 % van de bevolking.

Een gezamenlijke opname van moeder en kind biedt tal van therapeutische mogelijkheden en kansen. Voor de moeder betekenen nabijheid van haar baby en het aangesproken blijven in haar moederrol een belangrijk appél op haar gezonde mogelijkheden, een appél dat therapeutisch kan aangewend worden. Voor de baby biedt de dagelijkse observatie van de moeder-kind interactie en de opvolging van de ontwikkeling van de baby, mogelijkheden voor vroegtijdige detectie van ontwikkelingsrisico's en aangrijpingspunten voor vroegtijdige interventie.

In deze tekst focussen we ons op de relationele aspecten tussen de moeder en de baby en verwijzen we slechts sporadisch naar de betekenissen voor de ruimere familiale context. In een eerste deel van dit artikel tonen we aan hoe de vroege moeder-kind relatie onder druk komt te staan, wanneer de jonge moeder met psychische problemen kampt en waarom vroegtijdige interventie voor de baby noodzakelijk is. In een tweede deel geven we beschrijven we hoe wij op de moeder-kind afdeling van het P.C. Bethanië het relationele proces tussen moeder en kind trachten te ondersteunen en geven we enkele krachtlijnen van een preventief gezinsondersteunende werking².

1. Enkele kenmerken van de vroege moeder-kind relatie bij postpartumproblematiek.

Onderzoeksgegevens van de laatste decennia onderbouwen de stelling dat de ontwikkeling van het jonge kind een samenspel is tussen 'nature' en 'nurture'. De aard van de vroege interacties tussen de baby en zijn ouders lijkt in hoge mate de manier te bepalen waarop genetische en constitutionele factoren in het gedrag en de ontwikkeling tot uiting komen.

Recent neurobiologisch onderzoek heeft verder aangetoond dat de sociale ervaringen die kinderen op jonge leeftijd meemaken niet enkel zijn mentale schema's beïnvloeden, maar ook een neurologische en biologische blauwdruk geven die ontwikkeling van het kind verder richting geven. Rikse-Walravens (2002) beschrijft in haar doctoraatschrift op welke manier frequente en positieve interacties tussen de baby en zijn ouder, de ontwikkeling van die hersenstructuren beïnvloedt, die later mee verantwoordelijk zijn voor regulatie van affecten en gedrag. En wat een kind op jonge leeftijd meemaakt is des te belangrijker omdat de hersenstructuren op die jonge leeftijd snel ontwikkelen en vorm krijgen.

Moeders, die in hun postpartumperiode met psychische problemen kampen, beschikken op dat moment niet over al hun relationele mogelijkheden om responsief op de baby te kunnen reageren. Het valt dan ook te verwachten dat dit de vroege moeder-kind relatie negatief beïnvloedt. We beschrijven de risico's voor het contact met de baby, vanuit enkele cruciale processen in de normale ouder-kind relatie.

Afvlakking in het contact en verstoring in de afstemming.

Stern (1995) beschrijft hoe de ontwikkeling van het jonge kind een samenspel is tussen zijn 'ik mogelijkheden' en de manier waarop de ouders hierop afstemmen. Hij ontwikkelde het concept 'attunement' en bedoelt daarmee de kwaliteit van de emotionele afstemming van de moeder³ op haar kind. Bij een harmonische afstemming lukt de moeder erin adequaat te reageren op een brede waaier van affectieve en gedragsmatige signalen van het kind. Greenspan (1999) beschrijft hoe een sensitieve moeder aanvoelt wanneer haar baby nood heeft aan contact en stimulatie, maar anderzijds ook aanvoelt wanneer prikkels overspoelend zijn en de baby zich wil terugtrekken uit het contact.

² Op de moeder-kind afdeling kunnen moeders samen met hun baby opgenomen worden. De afdeling van het P.C. Bethanië bestaat reeds sinds 1985 en de moeder-kind interactie is steeds een centraal gegeven in de behandeling geweest. Sinds enkele jaren loopt een samenwerkingsproject tussen het ziekenhuis en Kind en Gezin om de preventieve hulpverlening voor de baby's vanuit de kinder- en jeugdhulpverlening te ondersteunen en verder uit te bouwen. In het P.Z. St. Camillus (St. Denijs-Westrem) loopt een gelijkaardig project.

³ Wanneer we spreken over normale ouder-kind processen mag het woord moeder uiteraard vervangen worden door vader, grootmoeder, broer, zus of nog iemand anders. Het gaat om die persoon, bij wie het kind de gelegenheid krijgt om een gehechtheidsrelatie aan te gaan. Omdat dit artikel geschreven wordt vanuit de moeder-kind afdeling verkiezen we voor de eenvoud 'moeder' te gebruiken.

De neerslachtigheid, kenmerkend voor moeders met een postpartumdepressie, maakt dat deze moeders weinig plezier kunnen beleven aan het contact met hun baby. Ze lukken er soms nog wel in met hun baby bezig te zijn, maar het wordt eerder beleefd als een last. Het weegt zwaar en put hen verder uit. In het contact met de baby valt vooral het afgevlakt contact op. Er is nauwelijks oog- en verbaal contact. De moeder vertoont ook weinig visuele expressie in haar gelaat.

Baby's worden geboren met mogelijkheden om responsief te reageren. Maar wanneer de baby echter weinig of geen respons krijgt op zijn uitnodigen en hij verder weinig uitnodiging krijgt voor gedeeld plezier in het contact, gaat hij na enige tijd afhaken (Stern, 1995). In observaties merken we hoe de baby van de moeder wegstapt en niet meer reageert op haar. En dit is dan weer zeer ontmoedigend voor de moeder. Haar neerslachtigheid en haar schuldgevoelens zullen hierdoor toenemen, waardoor de depressie versterkt wordt. (Brok en Van Doesum, 1998; Slade, 2002; Spielman, 2002; e.a.)

Moeders, die in de postpartumperiode last hebben van stemmingswisselingen of moeders, die op sommige momenten zo gepreoccupeerd zijn door eigen gedachten en zorgen, lukken er niet in om een voorspelbare houvast aan hun kinderen te bieden. Op sommige momenten zijn ze beschikbaar voor de baby en stemmen ze af op zijn behoeften, maar op andere momenten zijn ze afwezig en reageren ze niet. Onderzoek via analyse van videobeelden heeft aangetoond dat de baby onmiddellijk reageert wanneer er een verstoring in de afstemming komt. We zien lichamelijke en motorische onrust. Baby's van psychisch zieke moeders zijn dan ook veel kwetsbaarder voor regulatieproblemen (Greenspan, 2000; Cohn & Campbell, 1992; Cohn & Tronick, 1998). Eetproblemen, slik- en darmproblemen zijn in deze fase typische signalen voor de baby om te tonen dat er iets niet klopt. Maar ook andere regulatiemoeilijkheden, zoals slaap- en waakritme stoornissen of stoornissen in de spiertonus komen voor. Deze regulatieproblemen bij de baby bemoeilijken dan weer op hun beurt de continuïteit in de zorg en het plezier beleven in het contact met de baby. Waardoor een negatieve spiraal op gang komt.

Vermindering van Containment..

Bion (1962) beschrijft hoe belangrijk het is voor de ontwikkeling van een kind dat het de ervaring heeft van een psychische container, d.w.z. een persoon die in staat is om chaotische gevoelens en (vooral) negatieve sensaties voor hem op te vangen, te bewaren en te verdragen. De baby is namelijk nog sterk hulpeloos om zijn spanningsniveau te kunnen reguleren⁴.

Wanneer angsten, onzekerheden en innerlijke onrust overheersen bij de moeder, dan is haar draagkracht beperkter. De moeder zal sneller in paniek of geïrriteerd geraken wanneer de baby lastig is. En omgekeerd zal het huilen van de baby op zijn beurt de onzekerheid en de angsten bij de moeder versterken.

Sommige moeders zullen hierop reageren door al het mogelijke te doen om het huilen zo snel mogelijk te stoppen en installeren een patroon van 'grenzeloos geven' aan de baby om onlust bij de baby zoveel mogelijk proberen te voorkomen. Andere moeders voelen vooral machteloosheid en irritatie en reageren met afwijzing. Maar in beide situaties wordt voorbij gegaan aan de onlust en de spanning die de baby voelt en ervaart hij geen containment. En in beide situaties krijgt de baby geen hulp om zijn spanningsniveau en zijn frustratie te reguleren. In de eerste situatie zal het voor de baby steeds moeilijker worden om grenzen en frustraties te accepteren. In de tweede situatie leert de baby dat hij best niet met zijn ongenoegen komt, want dat er afwijzing op volgt.

Verkeerde betekenisgeving aan de affectieve en gedragmatige signalen van de baby.

Fonagy (2002) heeft het begrip 'containment' van Bion verder uitgewerkt tot wat hij benoemt als het 'reflectief functioneren'. Reflectief functioneren verwijst naar de mogelijkheden die iemand heeft om

⁴ Meer informatie over het begrip 'containment' en de betekenis hiervan voor de baby kan gevonden worden in 'Wat is 'ik-steun'? Processen, relatieniveaus, interventies van G. Cluckers (1986) en verder in een aantal hoofdstukken van het boek 'Moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie' van Vliegen en Leroy (2001)

de innerlijke gevoelswereld van de andere te begrijpen. De reflectieve functie van de primaire verzorger is cruciaal voor het installeren van een veilige gehechtheid bij het kind. De reflectieve functie is een cognitief, maar ook een emotioneel proces. Het is slechts wanneer de moeder haar eigen gedrag kan koppelen aan onderliggende gevoelens, wensen, angsten en gedachten en de moeder het gedrag van de baby kan koppelen aan zijn eigen innerlijke status (als een andere persoon dan haar) dat er een interpersoonlijke ervaring ontstaat. Het is in deze ontmoeting dat de baby een veilige basis krijgt om zijn eigen gevoelens en gedachten te ontdekken en zichzelf te leren kennen als een ander persoon dan zijn moeder. Voor elke jonge moeder is het aanvankelijk een zoekproces om haar baby te begrijpen, maar haar verhoogde sensitiviteit tijdens de postpartumperiode maakt dat zij vrij snel de betekenis van de affectieve signalen van de baby zal begrijpen en hierop aangepast zal reageren. De baby zelf is zich nog weinig bewust van zijn innerlijke gevoelswereld en het is slechts door feedback te ervaren van de betekenissen die zijn moeder eraan geeft, dat er geleidelijk aan een zelfbewustzijn van zijn gevoelswereld zal groeien.

Sommige opgenomen moeders hebben het moeilijk om zich in te leven in de baby. Ze zitten nog met onverwerkte kwetsuren uit hun eigen kindertijd die, op het moment dat ze zelf moeder worden, als spoken in de kinderkamer verschijnen. Het concept van 'ghost in the nursery' is voor het eerst beschreven en uitgewerkt door Selma Fraiberg (1975). Maar ook verschillende hedendaagse therapeutische stromingen verwijzen naar dit concept. We geven hier slechts enkele voorbeelden. Watillon, psychoanalytisch therapeute (1993,2001) beschrijft hoe transgenerationale en traumatische problematieken te voorschijn komen in de vroege ouder-kind relatie. Tilmans-Ostyn, gezinstherapeute (1984,1996) schrijft over het symptoom van het kind als een metafoor voor het gekwetste kind in de ouder. En tenslotte verwijst ook het begrip 'onzichtbare loyaliteit' in de contextuele therapie naar het transgenerationale van gezinsgeheimen (Boszormeneyi-Navy,1973,1994; Michielsen e.a.,1998).

Kristin wil een goede mama voor haar baby zijn. Ze wil het allemaal heel goed doen, want ze wil haar baby een andere zorg geven dan zijzelf van haar moeder heeft gehad. Ze geeft haar dochtertje veel aandacht en is veel met haar bezig. Maar de spoken dringen binnen in volgend gebeuren. Tijdens het verschonen van de baby, maakt de baby de nieuwe luier onmiddellijk terug vuil en Kristin moet opnieuw beginnen. Op dat ogenblik lacht de baby naar haar. Kristin zegt hierop 'kijk, ze lacht mij uit'. De baby is op dat moment slechts 2 maanden oud en de sociale glimlach is net ingetreden. Dat haar dochtertje naar haar lacht omdat zij het leuk vindt dat haar mama met haar bezig is, komt niet op in haar gedachten. Integendeel, door de glimlach van de baby beginnen vroegere spoken te leven. Kristin ziet in haar baby haar perverse moeder die met haar spot.

Het wordt nog meer onrustwekkend wanneer, omwille van een ernstige persoonlijkheidsproblematiek, het vermogen van 'reflectief functioneren' bij de moeder in min of meerdere mate ontbreekt. De moeder is dan niet in staat om haar eigen gedrag te koppelen aan onderliggende gevoelens, wensen, angsten en gedachten. Zij is dan ook niet in staat om de innerlijke gevoelswereld van haar baby te begrijpen en deze terug te spiegelen. Er ontbreekt een interpersoonlijke ervaring tussen moeder en baby, waarin de baby een veilige basis krijgt om zijn eigen gevoelens en gedachten te ontdekken. Om de ontwikkeling van de baby te vrijwaren, is het op dat moment belangrijk om zo snel mogelijk alternatieve hechttingsfiguren te zoeken. Een moeder-kind opname heeft in deze situatie dan ook vooral betekenis als vroege diagnosestelling. Omwille van de gezamenlijke opname in een behandelingsafdeling kan er gefocust worden zowel op de problematiek van de moeder als op de interactie tussen de moeder en de baby. Hierdoor ontstaan er mogelijkheden voor vroege detectie en zijn er gelegenheden om de bezorgdheid over de ontwikkeling van de baby bespreekbaar te maken met de moeder, de partner en de ruimere familiale context..

2. Enkele krachtlijnen van de preventieve hulp op de moeder-kind afdeling⁵.

⁵ Het valt buiten de bedoeling van dit artikel om een volledig overzicht te geven van de manier waarop het behandelingsproces op de moeder-kind afdeling verloopt. De benadering van de postpartumproblematiek en interventies met focus op verbetering van het 'functioneren' van de moeder, worden hier niet uitgewerkt.

Aan de hand van bovenstaande begrippen hebben we willen aantonen dat psychische problemen bij moeders in de postpartumperiode ernstige gevolgen kunnen hebben voor de ontwikkeling van het kind. De gevolgen op lange termijn zijn trouwens door verschillende follow-up studies bevestigd⁶. Onderzoek heeft ook het risico voor de kinderen aangetoond, zelfs al is de moeder nadien hersteld. Maar er is ook hoop! Andere onderzoeken tonen succesvolle resultaten aan dank zij vroegtijdige interventie⁷.

We schreven dat de postpartumperiode een kwetsbare periode is; een overgangperiode, waarin er een verhoogde kans is om psychische problemen te ontwikkelen. Heel wat angsten en onzekerheden moeten overwonnen worden. Maar anderzijds geeft deze kwetsbaarheid juist ook mogelijkheden voor beïnvloeding en verandering. Er zijn nog geen ingebakken en vastgelopen relationele patronen. Het jonge gezin is nog zoekende er is een verhoogde kans dat er openingen zijn om veranderingsprocessen te installeren. En ook voor de baby kan de ontwikkeling nog vele kanten uit; de mentale en biologische structuren moeten nog verder vorm krijgen.

Preventieve hulpverlening voor de baby en zijn gezin betekent meer dan het ondersteunen van de moeder-kind interactie. Naast aandacht voor de manier waarop het contact en de afstemming tussen moeder en haar baby verloopt (2.1), moeten we ook aandacht hebben voor het functioneren van het gehele gezinssysteem en de manier waarop het jonge gezin een plaats weet te vinden in zijn sociale context. Het is belangrijk zicht te krijgen op veerkracht en risico, op draagkracht en draaglast van het gezin (2.2). En in sommige situaties is het aangewezen en noodzakelijk om te voorzien in een zorgtraject voor langdurige ondersteuning (2.3). We gaan verder in op deze drie krachtlijnen.

2.1. De moeder-kind interactie.

Op de moeder-kind afdeling willen we hoger beschreven processen, nl. afstemming, containment en reflectief functioneren ondersteunen en verbeteren. Zoals de processen met elkaar verweven zijn, zo zijn ook de interventies met elkaar verweven.

2.1.1. Verbeteren van het contact en de afstemming in het contact.

- De afdeling als ‘holding environment’

De afdeling wil in eerste instantie een therapeutisch klimaat creëren van een ‘holding environment’. Emotionele beschikbaarheid en luisteren is zeker in de beginperiode belangrijker dan direct te willen veranderen. De jonge moeder voelt zich sowieso al onzeker en de opname in het ziekenhuis versterkt haar kwetsbaarheid. Te bruuske inmenging zullen de schuldgevoelens en het beeld van volledig te falen, enkel maar versterken.

Daarnaast weten we dat wij enkel een therapeutisch mandaat kunnen creëren voor de moeder en haar baby en het contact tussen hen beiden op voorwaarde dat de moeder zich gesteund, erkend en begrepen voelt door ons .

Verder hopen we dat de moeder vanuit de relatie met ons een model kan ervaren om op haar beurt een “holding environment” aan haar baby te bieden. Wanneer moeder ervaringen kan beleven van zich begrepen en erkend te voelen, dan creëren wij mogelijkheden om die ervaringen door te geven aan haar baby. Of met andere woorden, wanneer de moeder ons kan ervaren als ‘goedaardige en ondersteunende ouders’, dan kunnen eventuele bekritiserende en afwijzende representaties over het ouderschap milderer en openen we ruimte om andere interactiepatronen met haar baby te installeren dan deze die ze zelf vroeger als kind ervaren heeft (Fraiberg (1980), Hopkins (1993), Shirilla & Weatherston (2002)).

⁶ Voor een overzicht verwijzen we naar De Clercq (1997), Didden e.a. (2002), Goodman & Gotlib (1999).

⁷ Voor een overzicht van effectieve krachtlijnen, zie Baartman (1996), Hellinckx (2001), Brooks-Gunn (2003) en Meerschaert e.a. (2004).

Emotionele beschikbaarheid, containment van de innerlijke onrust van de moeder, maar ook voorspelbaarheid en aanwezigheid van structuur en ritme op de afdeling zijn belangrijk. Ze geven houvast aan moeder en baby. Beginnende regulatieproblemen bij de baby, ten gevolge van een verstoring in de afstemming, kunnen aldus verholpen worden.

Opname van moeder en baby mag niet tot consequentie hebben dat betrokken anderen, in eerste instantie de vader, op de achtergrond geraken. Het is dan ook belangrijk om ervoor te zorgen dat de vader zich zoveel mogelijk mee betrokken kan voelen in het hele gebeuren. En meer dan dat. Want evenals moeder, kampt ook vader met heel wat angsten en onzekerheden. Luisteren en emotionele beschikbaarheid is ook voor hem belangrijk, zodat hij zijn rol en betekenis als vader en als partner in deze moeilijke situatie kan vinden. Sommige vaders zijn dagelijks op de afdeling aanwezig en voelen zich sterk betrokken op het afdelingsgebeuren. Zij delen de zorg en het contact met de baby samen met hun partner. Voor andere vaders is dit niet mogelijk, bijvoorbeeld omdat ze liever wat meer afstand willen of omdat ze om praktische of emotionele redenen niet beschikbaar zijn. Alle vaders worden door ons aangesproken wanneer zij op bezoek komen, maar we respecteren hun wensen en mogelijkheden. Er zijn gezamenlijke gesprekken met beide echtgenoten waarbij zij aangesproken worden als ‘ouder’ én als ‘partner’. En verder kunnen de vaders in een groepsgesprek, dat wij het “vaderuurtje” noemen, hun ervaringen delen en steun vinden bij de andere partners van de opgenomen moeders.

Ook andere betrokkenen zijn welkom. Op de afdeling zien we ook vaak de moeder van de moeder, die er in deze moeilijke periode wil zijn voor haar dochter. Anderen kunnen niet rekenen op steun van hun partner of familie, maar verlangen naar de aanwezigheid van een ander steunfiguur zoals bijvoorbeeld een vriend(in). Aangezien het behandelprogramma individueel wordt afgestemd op de verlangens en de noden van de moeder, zijn hiervoor mogelijkheden.

Van zodra het mogelijk is, wordt gestimuleerd om het weekend thuis door te brengen samen met de baby. Deze weekends worden met beide ouders voorbereid en besproken. Het geeft kansen om in de loop van de opname, het jonge gezin reeds te ondersteunen in het leven met de baby thuis.

- Installeren van een hulp-ik voor de moeder

We schreven dat moeders met postpartumproblematiek het moeilijk hebben om sensitief en responsief op hun baby te reageren. Soms lukken ze nog wel in de fysieke verzorging, maar het delen van betekenissen met hun baby en het genieten ontbreekt. Bezig zijn met de baby wordt eerder beleefd als een opdracht: “als ik een goede moeder wil zijn, moet ik dit doen”. Zorgen voor en bezig zijn met hun baby is voor hen conflictueus: ze beleven het als last, het put ze uit. Anderzijds kampen ze ook met sterke schuldgevoelens om hun baby tekort te doen.

De aanwezigheid van iemand die de moeder hierin begrijpt en steunt, geeft haar sterkte en energie om met de baby bezig te zijn. We geven ruggensteun aan moeder om voor haar baby te zorgen en om met haar baby bezig te zijn. We geven woorden waar woorden ontbreken. We ondersteunen het oogcontact tussen haar en haar baby. We maken haar attent wanneer de baby appèl doet op haar of reageert op haar. We ondersteunen moeder om zich af te stemmen op het ritme van haar baby enz....

Concreet komt deze werkmethode vooral tot uiting in wat we noemen de ‘hand-in-hand begeleiding’ door het verpleegkundig team. De verpleegkundige is dagelijks ondersteunend aanwezig bij verzorgings- en interactiemomenten tussen moeder en baby. Maar ook in de groepstherapieën, zoals de babymassage of het spelmoment, vertrekken we van dezelfde houding.

Empathie en inleving in de problematiek van de moeder enerzijds en een juiste afstand in de relatie met de moeder anderzijds, zijn nodig om een juiste afstemming hierin te vinden. Het is immers niet omdat wij steun aanbieden dat de moeder dit ook als steunend ervaart.

Mia is opgenomen met een zware depressie. Zij heeft altijd een goed contact met haar ouders gehad en heeft hierover positieve mentale representaties. Zij heeft ook positieve verwachtingen naar ons als hulpverleners en voelt zich vrij snel gesteund. Cindy is gedwongen opgenomen. Ze wil ons bewijzen dat haar opname niet terecht is en dat ze wel voor haar kind kan zorgen. Ondersteuning door ons wordt door haar beleefd als controle. Linda is doorverwezen door een C.G.G. Ze staat achter de opname en wil hard haar best doen om een “goede moeder” te worden. Linda heeft zich als kind altijd bekritiseerd en afgewezen gevoeld. Op de afdeling merken we dat boodschappen snel in die richting geïnterpreteerd worden. Omgekeerd merken we dat zij met een sterk bekritisende blik naar ons en de andere moeders kijkt en zich snel druk maakt, wanneer de zaken niet lopen zoals zij zou willen of verwachten. We komen verder nog terug op het verhaal van Linda.

Stilstaan, erkenning en woorden geven aan de manier waarop de moeder onze steun en interventie ervaren, zijn belangrijk om een goede afstemming te vinden. Aansluiting vinden bij de manier waarop moeder onze interventie beleeft, is een eerste stap in het opbouwen van een vertrouwensrelatie en het zoeken naar aansluiting bij haar innerlijke gevoelswereld.

Soms is het mogen optreden als hulpverlener een heel proces. We denken hier aan Myriam, die opgenomen is met een zware depressie. Haar huidige leven is heel sterk belastend en er zijn niet onmiddellijk oplossingen voorhanden, om deze last te verlichten. Myriam heeft zich als kind steeds verworpen gevoeld door haar moeder en voelt zich nu ook door iedereen in de steek gelaten. Haar woede tegenover de buitenwereld heeft haar lange tijd kracht gegeven om te functioneren. Maar momenteel is ze helemaal uitgeput. Ook op de afdeling komt Myriam met veel negativiteit en onmacht: we kunnen en mogen haar niet helpen. Er is toch niemand die haar problemen kan oplossen. Anderzijds voelt ze zich ongelooflijk in de steek gelaten wanneer ze niet gezien wordt en er geen aandacht aan haar gegeven wordt.

2.1.2. Containment van de innerlijke onrust van moeder ter versterking van de draagkracht van de moeder.

Ondersteunen en creëren van een ‘hulp-ik’ bij de moeder mag zeker niet begrepen worden als ‘de zorg overnemen als het voor moeder te zwaar wordt’. Uiteraard moet soms overgenomen worden door het verplegend personeel, maar om een therapeutisch proces mogelijk te maken is het belangrijk om dit niet te snel te doen en ook niet zonder meer.

We concretiseren wat we bedoelen. Moeder ziet het niet zitten om haar baby een badje te geven. Ze is moe en ze heeft teveel aan haar hoofd. Als betrokken hulpverlener zien we het lijden van de moeder. Instinctief zouden we de neiging kunnen hebben haar de last te ontnemen en de baby zelf te wassen. Maar doen we daar wel goed aan? Naast het risico dat we voor sommige moeders een patroon van afhankelijkheid installeren, denken we ook aan volgende risico’s.

Zal een depressieve moeder, die zich waardeloos voelt, hierdoor niet de bevestiging krijgen dat ze het beter overlaat? Bestaat hierdoor niet het risico dat we haar gevoelens van neerslachtigheid en haar schuldgevoelens de baby tekort te doen versterken? Bestaat hierdoor niet het risico dat ze verder wegzakt in een negatieve spiraal?

Zal een moeder, die als kind vooral bekritisende en afwijzende responsen heeft gekregen, niet de bevestiging krijgen dat ze het inderdaad niet kan?

En zullen we bij een moeder, die haar eigen onmacht vooral op anderen projecteert, deze projectieve mechanismen niet versterken? In haar beleving wordt het dan de verpleging die de zorg voor haar kind niet goed opneemt. In plaats van zelf de onmacht te voelen, wordt de onmacht meer en meer op de verpleging verplaatst.

Sussende, adviserende en belerende boodschappen, zoals het ‘is het beste voor de baby dat hij gewassen wordt door zijn mama’, ‘het zal wel lukken’ of ‘je moet het zelf leren doen’ brengen ook geen soelaas. Want ook dan wordt voorbijgegaan aan de innerlijke gemoedstoestand van de moeder.

Een steunende houding en containment bieden, betekenen juist stilstaan bij haar onrust, bij haar onmacht, bij haar gevoelens van wanhoop, enz... Voor een depressieve moeder kan containment van

haar onmacht en neerslachtigheid haar toch nog de nodige energie geven om responsief op haar baby te reageren. Voor getraumatiseerde moeders en moeders met een persoonlijkheidsproblematiek kan het spiegelen en reflecteren van haar innerlijke toestand, zonder dat ze zich afgewezen voelt als moeder, haar helpen om de onrust geleidelijk aan meer bij zichzelf te plaatsen. Enkel op deze manier creëren wij mogelijkheden voor verandering. Ook voor de baby is dit cruciaal: enkel wanneer moeder zich gesteund en begrepen voelt door ons, krijgt zij mogelijkheden om er te zijn voor haar baby.

Containment van de innerlijke onrust van de moeder op een moeder-kind afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis is niet altijd gemakkelijk. De aanwezigheid en de kwetsbaarheid van de baby maakt het soms extra complex. Containment en stilstaan bij de onrust van de moeder is niet evident wanneer we getuige zijn van de verwerping door de moeder van haar baby. Containment is ook niet evident bij sterke negatieve overdrachtsgevoelens, waarbij de moeder haar kwaadheid en onmacht projecteert op de hulpverlener.

2.1.3. Verbeteren van het reflectief functioneren.

We schreven dat de geboorte van de baby en de realiteit van het moederschap onverwerkte trauma's of verlieservaringen kunnen reactiveren. Ze staan een gezonde relatie met de baby in de weg. Ze kunnen ook verhinderen dat de moeder de affectieve en gedragsmatige signalen van de baby op een correcte manier kan begrijpen, zoals we al zagen in het voorbeeld van Kristin.

In de infant-ouder psychotherapie worden moeder (en indien mogelijk ook vader) en baby samen in therapie genomen. Vanuit het hier en nu en vanuit observaties en duidingen van de actuele gevoelens van de moeder naar haar baby, leggen we linken naar het verleden en exploreren we op welke manier het verleden een gezonde moeder-kind relatie in de weg staat.

Deze therapievorm is door het eerst beschreven door Selma Fraiberg in haar boek 'Clinical studies in Infant Mental Health' van 1980⁸. Haar therapievorm is recent verder uitgewerkt in het boek 'Case studies in Infant Mental Health' van Shirilla & Weatherston (2002). In de setting van Fraiberg is het duiden slechts een onderdeel van de therapeutische benadering. Naast het duiden, gebeurt er ook 'ontwikkelingsbegeleiding'. Hiermee wordt geenszins het geven van 'tips' en 'adviezen' bedoeld. Ontwikkelingsbegeleiding in de geest van Fraiberg bestaat uit allerlei interventies om de ouders emotioneel te steunen, om hun eigen unieke betekenis voor hun kind te laten zien en om hen te helpen te observeren en na te denken over de achtergrond en de betekenis van het gedrag van hun kind. En ook dit laatste is essentieel willen we bij de moeder haar mogelijkheden van 'reflectief functioneren' verbeteren.

Het duiden en de ontwikkelingsbegeleiding gebeurt trouwens niet enkel door de psychotherapeut, maar ook door de andere therapeuten en het verpleegkundig personeel op de afdeling.

Het opnemen van een interactiemoment op video geeft verder een aantal therapeutische mogelijkheden. Een afgebakend moment van interactie dat opgenomen wordt haalt het beste van de moeder naar boven. Sommigen lukken erin om zich gedurende een korte tijdspanne op de baby te concentreren. Andere gedachten en preoccupaties kunnen even opzij gezet worden. Wanneer we nadien samen naar de video kijken focussen we vooral op de responsieve reacties van de baby. Onze ervaring is dat het de meeste moeders ontroert en beweegt en dat hun betrokkenheid op hun baby hierdoor versterkt wordt. Verder proberen we ook hier tijdens een bespreking achteraf dichter bij de betekenissen van de signalen en het gedrag van de baby te komen om het reflectief functioneren bij de moeder te verbeteren.

⁸ Het feit dat verschillende hoofdstukken van haar boek recentelijk vertaald zijn in het tijdschrift "Ouderschap & Ouderbegeleiding" van Alice van der Pas (hoofdredacteur) toont de actualiteit van haar werk en de raakpunten met het gezinstherapeutisch en contextueel denken aan: Shaparino, Fraiberg, Adelson (2004), Fraiberg, Shaparino, Bennett & Pawl (2003), Spitz, Pawl & Fraiberg (2002).

Linda is opgenomen omwille van een depressie, die sterk geagiteerd tot uiting komt, met een onderliggende persoonlijkheidsproblematiek. Ze heeft sterke stemmingswisselingen en we merken dat zij het heel moeilijk heeft om haar affecten te kunnen reguleren. Op sommige momenten wordt ze zodanig overspoeld door woede dat ze bij wijze van spreken ontploft. Diegene die op dat moment in haar buurt is mag het dan ontgelden. Emma, het dochttertje van Linda, is een hyperalerte baby bij opname. Ze is op dat moment 4 maanden oud. Het is alsof ze reeds voortdurend paraat staat voor dreigend gevaar. Ze heeft een eerder sterke spiertonus en we zien regelmatig dat ze zich overstrekt. Ze spant zich dan helemaal op. Wanneer Emma niet reageert zoals Linda zou willen of wanneer Emma lastig is, wordt Linda boos op haar en bejegt haar negatief. Ze begrijpt Emma niet. In haar beleving is Emma een moeilijk kind dat niet 'wil' luisteren. Het is voor Linda niet mogelijk om zich in te leven in de gevoelswereld van haar baby. Haar eigen kwetsuren van 'zich nooit begrepen te voelen', komen terug in de relatie met haar dochter. De niet verwerkte kwaadheid hierover en de blijvende onmachtgevoelens 'wanneer gaat er nu eindelijk eens iemand naar mij luisteren', maken het voor Linda niet mogelijk om haar baby als een eigen persoontje met eigen gevoelens te zien. En net zoals haar eigen moeder haar wil aan Linda opdrong, merken we dat Linda op haar beurt boos wordt en reageert met afwijzing, wanneer Emma niet reageert zoals zij zou willen of verwachten. Linda kan vrij snel inzien hoe oude patronen zich herhalen, maar voelt zich tegelijkertijd machteloos om de signalen van Emma goed te begrijpen. In verschillende situaties ondersteunen we haar in het correct interpreteren van de affectieve en gedragsmatige signalen van Emma. En stilaan krijgen andere betekenissen dan 'niet willen', of 'ze moet mij niet hebben', een plaats. Bij ontslag vertelt ze dat haar dochttertje tijdens de opname veranderd is. Of kan zij nu ook met andere ogen naar haar dochttertje kijken? Haar dochttertje is voor haar niet meer het moeilijke kind waar ze zich door afgewezen voelt.

2.2. Het gezinsfunctioneren en het functioneren van het gezin in zijn leefomgeving.

2.2.1. Loskomen van oude patronen uit het gezin van herkomst om mogelijkheden te creëren voor het nieuwe gezin en het jonge ouderschap.

De postpartumperiode bevat kansen maar houdt ook risico's in: het brengt mogelijkheden voor nieuwe interactiepatronen, maar de kans bestaat evenzeer dat oude patronen zich gaan herhalen. Naast het fenomeen van 'ghost in the nursery' zoals we hierboven reeds beschreven, hebben beide ouders de opdracht om los te komen van hun gezin van herkomst en gezamenlijk als ouders hun gezamenlijke opvoedings-, interactie- en rollenpatronen te ontwikkelen, waarin ze mekaar kunnen begrijpen en ondersteunen. Het psychisch lijden van de moeder in deze overgangperiode en haar opname in het ziekenhuis leggen een grote hypotheek op dit proces. Voor de moeder kan het terugvallen op de ondersteuning van haar ouders haar houvast geven in deze angstige en onzekere periode. En omgekeerd is het begrijpelijk dat het voor de grootouders moeilijk is om hun dochter in dergelijke situatie los te laten. Het op de voorgrond treden van het eigen ouderlijke systeem geeft op zijn beurt dan weer minder ruimte voor het jonge koppel om hun eigen gezinsgrenzen te zoeken en te bepalen. Wanneer de ouders van de moeder zich teveel inmengen, is de kans reëel dat de partner van moeder zich buitengesloten voelt. Maar ook omgekeerd zien we dat het voor de moeder, zelf nog onzeker en zoekende in haar nieuwe rol, niet altijd makkelijk is om zich als 'moeder' en 'echtgenote' en '(schoon)dochter' herkend en gewaardeerd te blijven voelen, wanneer regelingen en beslissingen door de familie genomen worden. En dit versterkt dan weer haar gevoelens van neerslachtigheid en machteloosheid.

Gezinstherapeutisch werken met familiale systemen die zich in een overgangperiode bevinden, betekent zowel ondersteuning in het loskomen van patronen van het gezin van herkomst als ondersteuning van het jonge ouderschap. Gezinstherapeutisch werken betekent samen met de ouders exploreren hoe zij in deze huidige crisissituatie een eigen identiteit en afgrenzing als gezin kunnen vinden, zonder hierdoor de in deze periode soms nog noodzakelijke steun, van hun ouders te verliezen.

Volgende twee voorbeelden verduidelijken hoe verschillende dynamieken met het jonge ouderschap kunnen interfereren en hoe wij geprobeerd hebben hierop in te spelen.

Marie wordt opgenomen met symptomen van een postpartumdepressie. Ze is volledig uitgeput. Sinds de geboorte van Sam, slaapt ze niet meer. Ook Herman, haar partner is uitgeput en kan de situatie niet meer aan. Sam is een huilbaby en slaapt zeer weinig. De ouders zijn voortdurend met hem bezig. Marie dreigt in een neerwaartse spiraal terecht te komen. Het huilen van de baby reactiveert angsten van vroeger, angsten dat er iets mis is met de baby. Marie vertelt over de ziekte van haar moeder, die op sommige momenten levensbedreigend is geweest. De gedachten dat ook Sam iets zou mankeren beginnen te overheersen in de relatie met haar zoontje.

Marie heeft een warm en open contact met haar ouders. Ze heeft positieve mentale representaties over het ouderschap. Verder beschikt ze over heel goede sensitieve mogelijkheden om de affectieve en gedragsmatige signalen van haar zoontje te begrijpen, maar momenteel overheersen angsten en paniek. Ze herkent zichzelf zo niet. Ze vertelt dat ze als kind altijd zeer zelfstandig geweest en geen angsten gevoeld heeft. Ze vertelt dat ze van kleins af geleerd heeft om zelf haar plan te trekken, omdat haar moeder meermaals in het ziekenhuis heeft gelegen. Haar angsten zijn pas ten tonele verschenen op het moment zij zelf moeder geworden is. Dit is de prijs van de parentificatie uit haar kindertijd. Haar moeder is bijna dagelijks op de afdeling aanwezig. Eindelijk kan ze iets terug doen voor haar dochter. Ze wil in deze moeilijke tijden betekenis als moeder voor haar dochter hebben. Moeder en dochter voelen zich sterk verbonden met elkaar maar zitten tegelijkertijd ook met heel wat angsten en bezorgdheden naar mekaar, die ze moeilijk kunnen lossen. In een gezamenlijk gesprek met Marie en haar ouders komen deze angsten ter sprake. Moeder en dochter kunnen zichzelf enkel goed voelen in de wetenschap dat de andere het goed stelt. Er kunnen eindelijk woorden gegeven worden aan de gebeurtenissen van vroeger, aan de angst van Marie om haar moeder te verliezen en aan de machteloosheid die moeder vroeger gevoeld heeft om er te kunnen zijn als moeder voor haar dochter. Marie krijgt erkenning voor haar parentificatie. Moeder en dochter zijn zeer nauw op mekaar betrokken, maar ook vader komt met zijn verhaal en vertelt hoe hij een vroegere depressie te boven gekomen is. Hij geeft zijn dochter hoopvolle perspectieven.

Ook Herman is dagelijks op de afdeling aanwezig. Hij wil zoveel mogelijk bij zijn vrouw en zoontje zijn. Herman's jeugdervaringen zijn zeer verschillend van die van Marie. Zijn moeder regelde alles voor hem. Hij zegt zelf altijd als een prins behandeld te zijn geweest. Hij heeft het een tijd lastig gevonden dat zijn moeder hem zo domineerde, maar hij heeft ervaren dat verzet zinloos was. Hij laat de dingen gewoon gebeuren en ziet er ook de voordelen van in. Marie heeft het er heel lastig mee dat haar schoonmoeder zoveel wilt regelen en inmengen. Schoonmoeder weet wat het beste is voor de baby en wil haar mening opdringen. Ze bespreekt dit met haar zoon, zonder Marie. Marie voelt zich hierdoor buitengesloten zowel als echtgenote en als moeder. Hierover zijn geregeld conflicten tussen het koppel. Haar opname in het ziekenhuis en haar huidige kwetsbaarheid maakt het voor haar nog moeilijker om een volwaardige plaats als 'echtgenote' en als 'moeder' in te nemen. In geregelde gesprekken met Marie en Herman samen wordt stilaan duidelijk hoe goed bedoelde intenties van de moeder van Herman toch ook wel een ander effect op Marie kunnen hebben. Verder zoeken we samen uit hoe zij samen het best kunnen omgaan met hun respectievelijke ouders. Het is een zoektocht naar een manier waarop de ouders van het koppel verder steunend mogen zijn, maar anderzijds toch ook voldoende afstand houden zodat het jonge gezin ruimte krijgt om een eigen gezinsidentiteit en eigen interactiepatronen te ontwikkelen. Deze zoektocht is nog bezig bij ontslag. De ouders geven aan hier zelf verder hun weg in te zoeken, wat voor ons hier de betekenis heeft van een gezond loskomingsproces.

We schreven reeds over Linda. Linda is alleenstaand. Ze kan op weinig mensen in haar omgeving terugvallen. Ondanks het feit dat ze zich nooit begrepen heeft gevoeld door haar moeder, blijft deze een belangrijk persoon in haar omgeving. Moeder en dochter hebben geregeld contact met mekaar, maar eerder op een negatieve en bemoeizuchtige manier. Het lijkt of ze zich allebei moeten bewijzen als 'goede' moeder. Er woont nog een zusje van Linda bij moeder thuis, waar Linda zich verantwoordelijk voor voelt. Linda wil haar zusje beschermen. Ze geeft veel bekritiserende opmerkingen naar haar moeder. Anderzijds merken we dat haar moeder veel zorg voor Emma opneemt. In het weekend gaat Emma soms bij haar moeder slapen en slaapt het zusje bij Linda. We merken dat er een enorme rolverwarring is over 'wie moeder is over wie'. De moeilijkheden die ze als moeder ervaren in de afstemming met hun dochter (moeder ten aanzien van Linda; en Linda ten aanzien van Emma), worden geprojecteerd op de andere. En door het willen beschermen van de –

niet eigen – kinderen, trachten ze hun gevoelens van mislukking en onmacht ten aanzien van hun eigen dochter, te compenseren. Op vraag van Linda hebben we een paar gesprekken samen met haar moeder. Maar een gezamenlijk gesprek in een dergelijke context is niet evident en niet zonder risico. We vinden het belangrijk om de context waarin het gesprek plaatsvindt eerst wat veiliger te maken en wat meer openingen te creëren voor andere betekenissen dan enkel maar kwaadheid en verwerping. Linda en moeder schieten niets op met een gesprek waarin Linda haar moeder voor de zoveelste keer de huid vol scheldt. Eerst moet er heel wat kwaadheid bij Linda verteerbaar gemaakt worden. Verder overleggen we met het C.G.G., die zowel Linda als moeder kennen en het gesprek met moeder zullen voorbereiden. Wij zelf bereiden het gesprek voor met Linda. Vooraleer het gesprek plaatsvond, heeft Linda een cadeautje van haar moeder gekregen. Dit heeft tenslotte de ruimte voor ook nog andere betekenissen gegeven. Voor Linda had dit cadeautje de betekenis van hoop of verwachting dat moeder misschien toch om haar geeft? En misschien wou moeder hierdoor ook openingen naar andere omgangsvormen met Linda creëren? Naast kwaadheid is er plaats gekomen voor verdriet om het gemis van dialoog en contact. Zowel Linda als haar moeder hebben een sterk verlangen om de strijd te staken en andere omgangsvormen met mekaar te zoeken. Er komt meer ambivalentie in de manier waarop ze naar mekaar kijken. Ze voelen zich ook wel lotgenoten. Beiden delen de rol van “alleenstaande” moeder, zonder partner. Beiden hebben het moeilijk gehad in hun jeugd en zijn met heel wat (nog) onverwerkte kwetsuren blijven zitten, maar beiden (hebben) willen vechten om hun kind een beter leven te geven, dan ze zelf hebben gehad. Moeder van Linda, die fysiek mishandeld is geweest, wou haar dochter hiervan vrijwaren. Linda kan ook wel zien hoe moeilijk haar moeder het gehad heeft en op welke manier haar moeder geprobeerd heeft er als moeder te zijn voor haar. Linda, die zich vooral emotioneel tekort gedaan heeft gevoeld, wil haar dochter hiervan vrijwaren. Moeder kan erkennen dat zij moesten vechten om het hoofd boven water te houden en dat Linda toch nog een rekening heeft gekregen van wat haar is aangedaan. Laten we hopen dat Emma de vruchten kan plukken van het verwerkingsproces van haar moeder en grootmoeder. Linda en haar moeder besluiten na het ontslag van Linda om samen verder in therapie te gaan op het C.G.G.

2.2.2. Aandacht voor de reële leefsituatie van de moeder en het installeren van een evenwicht tussen draagkracht en -last als protectieve factor voor de baby en het gezin.

Preventieve hulp verlenen en protectieve factoren uitzetten voor de baby betekent verder een evenwicht installeren tussen draagkracht en –last van het gezin. We schreven reeds dat de behandeling geen geïsoleerd gegeven is. Enerzijds wordt de omgeving zoveel mogelijk betrokken in het gebeuren en zijn zij vaak op de afdeling aanwezig, anderzijds geven we de moeder ook veel ruimte om te spreken over haar leefsituatie thuis. We krijgen zo vrij makkelijk zicht op veerkracht en risico, op draagkracht en -last. Maar terwijl een aantal moeder kunnen terugvallen op hun partner, op familie of vrienden, staan anderen er alleen voor. Voor hen kan het opzetten van een zorgcircuit helpen om nadien goed te blijven functioneren samen met hun baby.

Verschillende van de opgenomen moeders kampen met financiële en administratieve problemen. Sommige moeder hebben ook moeilijkheden met het vinden van een aangepaste woning. Concrete ondersteuning hierin is nodig om de last voor hen draaglijker te maken, om de balans in evenwicht te brengen, maar ook om therapeutisch proces mogelijk te maken. En ook hier willen we graag verwijzen naar de setting van Selma Fraiberg. Naast psychotherapie en ontwikkelingsbegeleiding, is maatschappelijke ondersteuning een derde belangrijke peiler in haar setting.

2.3. Uitzetten van zorgcircuit op lange termijn.

Voor sommige moeders is de moeder-kind afdeling een overgangsritueel geweest, die hen geholpen heeft bij de moeilijke overgang naar het moederschap en alle hiermee samenhangende veranderingen. Zij kunnen de draad van hun leven terug oppikken en de baby heeft hierin een plaats gekregen.

Voor andere moeders is het ingewikkelder. Blijvende ondersteuning is belangrijk om de processen, die gestart zijn op de moeder-kind afdeling, vast te houden en te laten bekliven. De behandeling op de moeder-kind afdeling is dan één van de schakels van een langdurig zorgtraject. We willen hier pleiten voor het belang van intersectoriële samenwerking, voor samenwerking tussen volwassenenzorg en kinder- en jeugdhulpverlening en voor samenwerking tussen algemeen welzijnswerk en geestelijke gezondheidszorg.

Als Linda en Emma op ontslag vertrekken, hebben strenge bekritiserende patronen toch al wat plaats kunnen maken voor mildere vormen. De negatieve spiraal in het contact tussen haar en haar dochtertje is doorbroken. Linda zelf blijft nog last hebben van stemmingswisselingen⁹, maar ze kan het al meer zien als een probleem van haarzelf. Er is ook al wat ruimte voor meer ambivalente gedachten en betekenissen ten aanzien van haar moeder. We merken aan Emma dat ze minder belast wordt met de kwetsuren van Linda. Emma is rustiger geworden en beter gereguleerd. Maar we weten evengoed dat nog niet alle problemen opgelost zijn en dat bij eenzaamheid en stress de oude patronen wel eens snel terug zouden kunnen komen. De ambulante ondersteuning van voor de opname wordt terug opgenomen om verder te werken aan haar proces. Verder accepteert Linda ook budgetbegeleiding door het O.C.M.W. om een uitweg te vinden in haar preciaire financiële situatie, die ze gezamenlijk met de maatschappelijk werkster in kaart heeft gebracht. Opvoedingsondersteuning aan huis door een Centrum voor Kinderopvang en Gezinsondersteuning wil ze bij moment van ontslag niet. Ze wil het eerst zelf alleen verder thuis proberen. We vinden het belangrijk haar dit vertrouwen te geven. Anderzijds blijven we vasthouden dat in de toekomst extra ondersteuning aan huis toch nog mogelijkheden zou kunnen geven.

Het is belangrijk dat de moeder en/of het gezin een rode draad in het hulpverleningsproces kunnen ervaren. Wanneer verdere ondersteuning aangewezen is, hopen wij dat de opname hiervoor openingen heeft gecreëerd. Het loslaten van moeder en baby door ons gebeurt dan ook geleidelijk aan. De meeste moeders houden ook na ontslag nog een hele tijd contact op ambulante wijze. Het verplegend team is 24 of 24 uur bereikbaar. Soms bellen moeders met een praktisch probleem, andere moeders hebben vooral nood aan steun van hun vertrouwde gesprekspartners. Als wij erin slagen om moeders voldoende vertrouwen te geven tijdens de opname, dan hopen wij dat zij in de toekomst zullen aanvaarden dat zij het moeilijk kunnen krijgen en op dat moment best opnieuw hulp zoeken. En dit laatste is mede een belangrijke protectieve factor voor de baby.

Besluit.

Zoals de begrippen van emotionele responsiviteit, containment en reflectief functioneren centraal staan in de moeder-kind relatie, zo staan deze begrippen ook centraal in het vroegtijdig behandelingsproces ter preventie van latere ontwikkelingsmoeilijkheden. En evenals moeder en kind zoeken naar een 'mooie dansbeweging' onder elkaar, is een harmonische afstemming tussen de behandeling van de moeder en de aandacht voor de baby en zijn gezin onontbeerlijk om goede preventieve hulp te kunnen bieden. De moeder-kind behandeling bevindt zich op het raakvlak van volwassenenzorg en kinder- en jeugdhulpverlening en vraagt aldus om samenwerking tussen beide sectoren. Preventief gezinsondersteunend werken betekent verder oog hebben voor het gezinssysteem en de leefsituatie van het gezin, voor risico en veerkracht. In sommige situaties heeft de opname van moeder en kind de postpartumperiode helpen overbruggen en kan het gezin nadien terug op eigen benen staan. In andere situaties wordt de moeder-kind opname een eerste schakel in een langdurig zorgcircuit en is verdere ondersteuning nodig als protectieve factor voor de baby.

Literatuur.

⁹ Het valt buiten dit artikel om de behandelingsaspecten van de psychiatrische problematiek te beschrijven. Maar we willen hier toch graag even vermelden dat in de casus van Linda de focus van de behandeling lag in het reguleren van affecten en het creëren van een meer positieve zelfwaardering.

- Ausloos, G. (1980). Secrets de famille. In: *Annales de psychotherapie, changements systemiques en therapie familiale*, 62-80.
- Baartman, H.E.M. (1996). *Opvoeden kan zeer doen. Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. Utrecht: SWP.
- Beckers, T. (1999). *Contact*. Gent, VVGG. (video van Riagg Ijsselland, Nederland).
- Biringen, Z. (1998). *Appendix B: Emotional Availability Scales*, 3^{de} ed. Attachment and Human Development, vol.2 n° 2, 257-270. Zeynep Biringen, Department of Human Development and Family Studies, Colorado State University.
- Boszormenyi-Navy, I. & Spark, G. (1973). *Invisible Loyalties*. Hagerstown: Harper & Row.
- Boszormenyi-Navy, I. & Krasner, B. (1994). *Tussen geven en nemen*. Haarlem: De Toorts.
- Boszormenyi-Navy, I. (1987). *Foundations of Contextual Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Brok, C. & Van Doesum, K. (1998). Positieve interactie tussen depressieve moeders en hun baby's. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 53, 9, 835-845.
- Brooks-Gunn, J. (2003). Do you believe in magic? What we can expect from early childhood intervention programs. *Social Policy Report*. XVII, 1, 3-11.
- Clark, R. (2001). Mothers, Babies, and Depression: Questions and Answers. *Zero to Three*, august/september, 48-50. www.zerotothree.org.
- Cohn, J. & Campbell, S. (1992). Influence of maternal depression on infant affect regulation. In D. Cicchetti & S. Toth (eds.). *Rochester Symposium on developmental psychopathology. Developmental perspectives on depression*. University of Rochester Press.
- Cohn, J. & Tronick, E. (1998). Specificity of infant's response to mother's affective behavior. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 28 (2), 242-248.
- Didden, S., Faché, C., Vermeiren, R. & Deboutte, D. (2002). Kinderen van ouders met een affectieve stoornis: reden tot K.O.P.(P) zorgen? Een literatuuronderzoek naar epidemiologie en risicofactoren. *TOKK*, 27.
- De Clercq, J. (1997). Wie betaalt de veerman? Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. *Diagnostiek-Wijzer*, 1, 13-32.
- Docx, R. (2001). De kinderen van Salomon. Kanttekeningen bij een bewogen levensbegin. In: Vliegen, N. & Leroy, C. (red.) *Het Moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie*. Acco, Leuven.
- Fivaz-Depeursinge, E. & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle. A Developmental Systems Views of Mothers, Fathers, and Infants*. New York: Basic Books.
- Fraiberg, S. (Ed.) (1980). *Clinical Studies in Infant Mental Health. The first year of life*. New York: Basic Books.
- Fraiberg, S., Shapirino, V., Bennett, V. & Pawl, J. (2003). Kortdurende crisisinterventie: twee praktijkvoorbeelden. *Ouderschap & ouderbegeleiding*, jrg.6,2, 172-190.
- Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other press.
- Greenspan, S. & Lieberman, A. (1980). Greenspan S. & Pollock, G. (eds.). Infants, Mothers, and Their Interaction: A quantitative Clinical Approach to Developmental Assessment. In: *The course of life. Vol. I: Infancy*. Madison/Connecticut: International Universities Press.
- Greenspan, S. & Lewis, N. (2000). *Wat gaat er in dat hoofdje om. Hoe het denken van uw baby, peuter en kleuter zich ontwikkelt*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos-Z&K Uitgevers.

- Goodman, S. & Gotlib, I. (1999). Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission. *Psychological Review*. Vol. 106,3, 458-490.
- Hellinckx, W. e.a. (2001). *Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak*. Leuven: Acco.
- Herman, J. (2002). *Trauma en Herstel. De gevolgen van geweld van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Paperback.
- Hopkins, J. (1993). Psychotherapie met heel jonge kinderen en hun ouders. *Psychotherapeutisch Paspoort*, 1, 6.5-6.20.
- Lenaerts, M. & Docx R. (2004). Preventieve hulp voor baby's en moeders met postpartumproblematiek. *Hospitalia*, 1, 32-40.
- Lier, L., Gammeltoft, M. & Junge Knudsen, I. (1995). Early mother-child relationship. The Copenhagen model of early preventive intervention towards mother-infant relationship disturbances. *Arctic Medical Research* (54), suppl.1, 15-23.
- Matthijs, W. (1991). De ontwikkeling van het zelfgevoel bij baby's volgens Daniel Stern. In: *Infantpsychiatrie. De gezonde en verstoorde ontwikkeling van de vroege ouder-kind relatie*. Assen, Van Gorcum, p.78-88.
- Meerschaert, T., Boone, A., Bosmans, G. e.a. (2004). Preventieve aanpak van gedragsproblemen bij kinderen: een uitdaging voor Kind en Gezin. *T.O.K.K.*, 29, 74-87.
- Michielsen, M., Mulligen, W. & Van Hermkens, L. (1998). *Leren over leven in loyaliteit*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Nossent, S. & Vanderhaegen, O. (2002) *Werken met baby's en hun opvoeders*. Boom/Amsterdam: Uitgeverij B.V.
- Pincus, L. & Dare, C. (1980). *Gezinsgeheimen. Achtergronden van persoonlijke betrekkingen en individueel gedrag*. Antwerpen: C. de Vries-Brouwers.
- Riksen-Walraven, M. (2002). *Wie het kleine niet eert... Over de grote invloed van vroege sociale ervaringen*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar. KU Nijmegen, Faculteit der Sociale Wetenschappen. www.babywerk.net.
- Rexwinkel, M. (2004). *There is no such thing as a baby. Ouder-babyrelatie: een herhaling?* Niet gepubliceerde tekst, verspreid op workshop Kern, St.Niklaas op 26 november 2004.
- Rober, P. (1999). The therapist's inner conversation. Some ideas about the self of the therapist, therapeutic impasse and the process of reflection. *Family Process*, 38, 209-228.
- Rober, P. (2002). *Samen in therapie. Gezinstherapie als dialoog*. Leuven: Acco.
- Slade, A. (2002). Keeping the Baby in Mind: A Critical Factor in Perinatal Mental Health. *Zero to Three*, June/July, 10-16. www.zerotothree.org.
- Schmeets, M.G.J. & Schut, A.P. (red.) (2003). *Anders en toch hetzelfde. Psychoanalytische ontwikkelingstherapie met kinderen*. NPI-reeks. Assen: Van Gorcum.
- Shaparino, V., Fraiberg, S. & Adelson, E. (2004). Billy: Ouder-kindpsychotherapie bij een baby die gevaarlijk ondervoed is. *Ouderschap & Ouderbegeleiding*, jrg 7, 2, 168-185.
- Shirilla, J. & Weatherston, D. (Eds.). (2002). *Case studies in Infant Mental Health. Risk, resiliency, and relationships*. Washington, DC: zero to three.
- Spielman, E. (2002). Early Connections: Mother-Infant Psychotherapy in Support of Perinatal Mental Health. *Zero to Three*, June/July, 26-30. www.zerotothree.org.

- Spitz Cherniss, D., Pawl, J., Fraiber, S.(2002). Nina: remediërende ouderbegeleiding en steunende behandeling bij een baby met 'failure to thrive' en haar tienermoeder. *Ouderschap & ouderbegeleiding*, jrg.5,2, 59-88.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Stern,D. e.a. (1998). *Het eerste kind. Geboorte van een moeder. Hoe het moederschap je voor altijd verandert*. Utrecht: Het Spectrum.
- Timans-Osyn, E. & Van Caloen, B. (1984). Gezinstherapie met jonge kinderen. In: Hendrickx, F., Boeckhorst, F., Compennolle T. & Van Der Pas, A. (Red.). *Handboek Gezinstherapie (deel 2)*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Tilmans-Ostyn, E. (1996). Gezinstherapie en de transgenerationale overdracht van trauma's. *Kinderen Jeugdpsychotherapie*, 23,1, 5-28.
- Tilmans-Ostyn, E. & Rober, P. (1999). De voortgezette opleiding gezinstherapie: een model van leertherapeutische opleiding voor gezinstherapeuten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25, 242-260.
- Van der Pas, A. (1984). Het gezinsfasenmodel. In: Hendrickx, F., Boeckhorst, F., Compennolle T. & van der Pas, A. (Red.). *Handboek Gezinstherapie (deel 1)*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Van der Pas, A. & De Ruitter, E., Parentificatie: wie brengt wie groot? In: van der Pas, e.a. (1997). *Gezinsfenomenen: artikelen en gesprekken over gezinsbehandeling*. Alphen a/d Rijn/ Brussel: Samson.
- Van der Pas, A. (red.) (2000). Hechting en Loyaliteit. Hoe zit dat toch? In: *Ouderschap & Ouderbegeleiding. Themanummer*, 3.
- Van der Pas, A. (1998). Het ongeduld van Navy: bedenkingen bij enkele aspecten van de contextuele therapie. *Systeemtherapie*,10,4, 212-234.
- Van der Pas, A. (2000). En hoe zit het met de ouders van Anne? *Ouderschap & ouderbegeleiding*, jrg 3, 1, 55-68.
- Vliegen, N. & Leroy, C. (red.)(2001). *Het Moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie*. Leuven: Acco.
- Vliegen, N. & Cluckers, G. (2001). Babyobservatie en therapeutisch proces. Van historisch perspectief naar een actueel verband. In : Vliegen, N. & Leroy, C. (red.) *Het Moederland ? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie*. Leuven, Acco.
- Vliegen, N., Fichet, I., Meurs, P. & Cluckers, G. (2003). De geschiedenis herhaalt zich meestal, maar niet altijd. Transgenerationale overdracht van gehechtheidspatronen. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 33,3,154-166.
- Watillon, A. (1993). Dynamique des thérapies psychoanalytiques de la relation parents-enfant. *Rev. B. Psych.*,22.
- Watillon, A. (2001). Erfenis en trauma in de psychoanalytische therapieën van de vroege ouder-kind relatie. In: Vliegen, N. & Leroy, C. (red.) *Het Moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie*. Leuven: Acco.

Abstract.

The early parent-child relationship shows itself by means of three processes related to each other, namely, emotional responsiveness, containment and reflective functioning. In a first part of this article we describe the consequences for these processes when the mother has a psychiatric disorder in the postpartum period. In a second part we describe some important aspects of an early intervention in a mother-child unit of a psychiatric hospital. As the concepts of emotional responsiveness, containment and reflective functioning are important in the early mother-child relationship, these concepts also appear in the relation we have as a therapist with the mother. We also describe what family supporting care means in such a context.