

DE MOEDER-KINDRELATIE BIJ PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK IN DE POSTPARTUMPERIODE.

Enkele krachtlijnen van een vroegtijdige interventie¹

Marijs Lenaerts en Ria Docx

Samenvatting

Emotionele responsiviteit, containment en reflectief functioneren zijn drie aan mekaar verwante processen die zich afspelen in de vroege, ouder-kind relatie. In het eerste deel van dit artikel beschrijven we de consequenties voor deze processen wanneer de moeder in de postpartumperiode kampt met een psychiatrische problematiek. In een tweede deel schetsen we enkele krachtlijnen bij vroegtijdige interventie op de moeder-kind afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Zoals de begrippen emotionele responsiviteit, containment en reflectief functioneren centraal staan in de vroege moeder-kind relatie, zo 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

¹ Op vrijdag 18 november 2005 wordt, naar aanleiding van het 20-jarig bestaan van de moeder-kind afdeling van het P.C. Bethanië, een studiedag georganiseerd onder de titel (Be)Vallen en Opstaan. Verscheidene sprekers zullen elk, vanuit hun specifieke invalshoek, een bijdrage leveren aan een hoopvolle geïntegreerde benadering van de vroege moeder-kind relatie bij postpartumproblematiek. Verdere inlichtingen kunnen bekomen worden bij yvonne.verschuuren@emmaus.be

Ria DOCX, neuropsychiater, psychotherapeute, hoofd van de moeder-kindafdeling van het P.C. Bethanië in Zoersel.

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

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. Soms loopt het anders!

Wanneer de moeder een postpartumyndroom² ontwikkelt waardoor opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk wordt, dan betekent dit een crisis voor de moeder, voor de partner, en voor het ruimere gezinssysteem. In de postpartumperiode leeft de verwachting dat het jonge gezin gelukkig is met de nieuwe baby. Een mythe die doorbroken wordt wanneer men moet onderkennen dat de jonge moeder het niet redt en psychiatrische hulp nodig heeft. Opnamemogelijkheid en behandeling zonder separatie van de baby maakt het voor ouders en ruimere familie veelal een stuk gemakkelijker om de ernst van de situatie te onderkennen en tot opname te besluiten.

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

² De meest voorkomende postpartumyndromen zijn:

- Postpartumdepressie, waarbij een ongewone neerslachtigheid, angst, schuld- en insufficiëntiegevoelens een rol spelen. Dit komt voor bij 10 tot 20% van de bevolking.
- Postpartumpsychose, waarbij verwarring, verbijstering, gestoorde realiteitsbeleving, angst en motorische onrust de voornaamste kenmerken vormen. Dit komt voor bij 0,1 tot 0,2 % van de bevolking.

Deze tekst legt de focus op relationele aspecten tussen moeder en baby, en verwijst sporadisch naar de betekenissen voor de ruimere familiale context. Een eerste deel van dit artikel toont hoe de vroege moeder-kindrelatie 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 wordt beschreven hoe we op de moeder-kind afdeling van het P.C. Bethanité het relationele proces tussen moeder en kind trachten te ondersteunen en geven we belangrijke krachtlijnen van een preventieve en gezinsondersteunende werking³.

De vroege moeder-kindrelatie bij postpartumproblematiek: enkele kenmerken

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 contextuele factoren in het gedrag en de ontwikkeling tot uiting komen. Recent neurobiologisch onderzoek toont aan dat de sociale ervaringen van kinderen op jonge leeftijd – een periode waarin hersenstructuren snel ontwikkelen en vorm krijgen – niet enkel de mentale schemas beïnvloeden, maar ook een neurologische en biologische blauwdruk geven die de 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.

Moeders, die in hun postpartumperiode met psychische problemen kampen, beschikken op dat moment niet over al hun relationele mo-

³ Op de moeder-kindafdeling kunnen moeders samen met hun baby opgenomen worden. De afdeling van het P.C. Bethanité 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. Denis-Western) loopt een gelijkwaardig project.

gelijkheden om responsief op de baby te reageren. Het valt te verwachten dat dit de vroege moeder-kindrelatie negatief beïnvloedt. We beschrijven de risico's voor het contact met de baby, vanuit enkele cruciale processen in de normale ouder-kindrelatie.

Afvlakking in het contact en verstoring in de afstemming

Stern (1995) beschrijft de ontwikkeling van het jonge kind als een samenspel tussen zijn 'ik-mogelijkheden' en de manier waarop ouders hierop afstemmen. Hij ontwikkelde het concept 'attunement', en wijst hiermee naar de kwaliteit van de emotionele afstemming van de moeder⁴ op haar kind. Bij een harmonische afstemming reageert de moeder adequaat op een brede waaier van affectieve en gedragsmatige signalen van het kind. Volgens Greenspan (1999) weet een sensitieve moeder wanneer haar baby nood heeft aan contact en stimulatie, en voelt ze anderszinds ook aan wanneer prikkels overspoelend zijn en de baby zich wil terugtrekken uit het contact.

De neerslachtigheid bij moeders met een postpartumdepressie, maakt dat zij weinig plezier kunnen beleven aan het contact met hun baby. Bezigt zijn met de baby lukt soms nog wel, maar wordt beleefd als een last die hen verder uitput. De afvlakking in het contact met de baby is opvallend. De moeder vertoont weinig gelaatsexpressie, en er is nauwelijks oogcontact of verbaal contact.

Baby's worden geboren met mogelijkheden om responsief te reageren. Wanneer de baby echter weinig of geen respons krijgt op zijn uitnodigingen en weinig uitgenodigd wordt tot gedeeld plezier in het contact, dan haakt hij na enige tijd af (Stern, 1995). In observaties kunnen we zien hoe deze baby van de moeder wegkijkt en niet meer reageert op haar. Dit werkt dan weer zeer ontmoedigend voor de moeder wier neerslachtigheid en schuldgevoelens toenemen, en ver-

⁴ Wanneer we spreken over ouder-kindprocessen kan het woord moeder uiteraard vervangen worden door vader, grootmoeder, broer, zus of nog iemand anders. Het gaat om die persoon met wie het kind de gelegenheid krijgt om een gehechtheidsrelatie aan te gaan. Omdat dit artikel geschreven wordt vanuit de moeder-kindafdeling kiezen we voor de eenvoud 'moeder' te gebruiken.

sterkt de depressie. (Brok en Van Doosum, 1998; Slade, 2002; Spielman, 2002; e.a.).

Moeders die in de postpartumperiode last hebben van stemmingswisselingen of die op sommige momenten volledig gepreoccupeerd zijn door eigen gedachten en zorgen, lukken er niet in om hun kinderen een voorspelbare houvast aan te bieden. Op sommige momenten zijn ze beschikbaar voor de baby en stemmen ze af op zijn behoeften, op andere momenten zijn ze afwezig en reageren ze niet. Analyse van videobeelden heeft aangetoond dat baby's onmiddellijk reageren met lichamelijke en motorische onrust wanneer de afstemming verstoord wordt. 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 waarmee de baby toont dat er iets niet klopt. Ook een verstoord slaap- en waakritme of stoornissen in de spiertonus kunnen voorkomen. Deze regulatieproblemen bij de baby bemoeilijken dan weer de continuïteit in zorg en de plezierbeleving in het contact met de baby bij de moeder. Zo komt een negatieve spiraal op gang.

Vermindering van Containment

Bion (1962) beschrijft hoe belangrijk het is voor de ontwikkeling van een kind, om een 'psychische container' te kunnen ervaren. Hiermee bedoelt hij dat iemand in staat is om chaotische gevoelens en vooral negatieve sensaties van de baby op te vangen, te bewaren en te verdragen. De baby is namelijk nog niet in staat om zelf zijn spanningsniveau te reguleren⁵.

Wanneer angsten, onzekerheden en innerlijke onrust overheersen bij de moeder, dan is haar draagkracht beperkter. Zij zal sneller in paniek geraten of zich irriteren wanneer de baby lastig is. En omgekeerd zal

⁵ 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).

het huilen van de baby de onzekerheid en de angsten bij de moeder versterken.

Zo zullen sommige moeders al het mogelijke doen om het huilen zo snel mogelijk te stoppen en een patroon installeren van 'grenzeeloos geven' om onlust bij de baby zoveel mogelijk te voorkomen. Andere moeders voelen vooral machteloosheid en irritatie en reageren met afwijzing. Doordat in beide situaties wordt voorbij gegaan aan de onlust en de spanning van de baby, ervaart hij geen containment. In beide situaties mist de baby 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.

Dwalen in de betekenisgeving aan de affectieve en gedragsmatige signalen van de baby

Fonagy (2002) heeft het begrip 'containment' van Bion verder uitgewerkt tot wat hij benoemt als 'reflectief functioneren'. Dit begrip verwijst naar de mogelijkheden die iemand heeft om 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 zowel een cognitief als een emotioneel proces. Er kan slechts een interpersoonlijke ervaring ontstaan wanneer de moeder haar eigen gedrag kan koppelen aan onderliggende gevoelens, wensen, angsten en gedachten, en ze het gedrag van haar baby in verband kan brengen met zijn eigen innerlijke status (als een andere persoon dan zij). Het is in deze ontmoeting dat de baby een veilige basis krijgt om zijn eigen gevoelens en gedachten te ontdekken en om 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; haar verhoogde sensitiviteit tijdens de postpartumperiode maakt echter 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 de betekenissen te ervaren

die zijn moeder eraan geeft, dat er geleidelijk een zelfbewustzijn van zijn gevoelswereld zal groeien.

Sommige opgenomen moeders hebben het moeilijk om zich in te leven in de baby. Onverwerkte kwetsuren uit de eigen kindertijd verschijnen op het moment dat ze zelf moeder worden, als spoken in de kinderkamer. Het concept van 'ghost in the nursery' is voor het eerst beschreven en uitgewerkt door Selma Fraiberg (1975). Verschillende hedendaagse therapeutische stromingen verwijzen naar dit concept. Zo beschrijft Watillon (1993, 2001) als psychoanalytisch therapeut hoe transgenerationale en traumatische problematieken te voorschijn komen in de vroege ouder-kindrelatie. Tilmans-Ostyn (1984, 1996) heeft het als gezinstherapeute over 'het symptoom van het kind als een metafoor voor het gekwetste kind in de ouder'. Ook het begrip 'on-zichtbare loyaliteit' in de contextuele therapie verwijst naar het transgenerationale van gezinsgeheimen (Boszormenyi-Nagy, 1973, 1994; Michielsens e.a., 1998).

Kristin wil een goede mama zijn, en haar baby een andere zorg geven dan zij zelf van haar moeder heeft gehad. Ze geeft haar dochterje veel aandacht en is veel met haar bezig. Volgend gebeuren toont hoe 'de spoken binnendingen'. Tijdens het verschoon maakt de baby haar nieuwe luier onmiddellijk vuil en Kristin moet opnieuw beginnen. Op dat ogenblik lacht de baby naar haar, waarop Kristin zegt 'kijk, ze lacht mij uit'. De baby is op dat moment twee maanden oud en de sociale glimlach is net ingetreden. Dat haar dochterje naar haar lacht omdat zij het leuk vindt dat mama met haar bezig is, komt niet in Kristins gedachten op. Door de glimlach van de baby komen vroegere spoken opnieuw tot leven, Kristin ziet in de baby haar perverse moeder die met haar spot.

Bij ernstige persoonlijkheidsproblematiek, kan het vermogen tot 'reflectief functioneren' (in min of meerdere mate) ontbreken. Voor de moeder is het dan zeer moeilijk tot onmogelijk om haar eigen gedrag te koppelen aan onderliggende gevoelens, wensen, angsten en gedachten. Ook het begrijpen en spiegelen van de innerlijke gevoelswereld van haar baby wordt sterk belemmerd. Zo ontbreekt er een interper-

soonlijke 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 belangrijk om zo snel mogelijk alternatieve hechtingsfiguren te zoeken. Een moeder-kind opname in een behandelingsafdeling heeft in dergelijke situatie vooral betekenis als vroege diagnosestelling. Er kan gefocust worden én op de problematiek van de moeder én op de interactie tussen moeder en baby. Dergelijke detectie geeft mogelijkheid om de bezorgdheid over de ontwikkeling van de baby vroegtijdig bespreekbaar te maken met de moeder, de partner en de ruimere familiale context.

KRACHTLIJNEN VAN DE PREVENTIEVE HULP OP DE MOEDER-KINDAFDELING⁶

Zoals we hierboven beschreven, kunnen psychische problemen bij moeders in de postpartumperiode ernstige gevolgen hebben voor de ontwikkeling van het kind. Follow-up studies⁷ bevestigen de gevolgen op lange termijn, zelfs wanneer de moeder hersteld is. Maar er is ook hoop! Onderzoeken tonen succesvolle resultaten van vroegtijdige interventie⁸.

We schreven dat de postpartumperiode een kwetsbare overgangsperiode is met verhoogde kans op psychische problemen. Heel wat angsten en onzekerheden moeten overwonnen worden. 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 en er is meer openheid om veranderingsprocessen te installeren. Ook voor de baby kan de

⁶ Het valt buiten de bedoeling van dit artikel om een volledig overzicht te geven van het behandelingsproces op de moeder-kindafdeling. De benadering van de postpartumproblematiek en interventies met focus op verbetering van het 'functioneren' van de moeder, worden hier niet uitgewerkt.

⁷ Voor een overzicht verwijzen we naar De Clercq (1997), Didden e.a. (2002), Goodman & Gotlib (1999).

⁸ Voor een overzicht van effectieve krachtlijnen, zie Baartman (1996), Hellinckx (2001), Brooks-Gunn (2003) en Meerschaert e.a. (2004).

ontwikkeling nog vele kanten uit; de mentale en biologische structuren moeten nog verder vorm krijgen.

We onderscheiden drie krachtlijnen in de preventieve hulpverlening voor de baby en zijn gezin. Ter ondersteuning van de moeder-kindinteractie, gaat bijzondere aandacht naar de manier waarop het contact en de afstemming tussen moeder en haar baby verloopt. Voorts hebben we oog voor het functioneren van het gehele gezinssysteem en de manier waarop het jonge gezin een plaats weet te vinden in zijn sociale context. Zicht krijgen op veerkracht en risico, op draagkracht en draaglast van het gezin achten we hierbij zeer belangrijk. Ten slotte behoeven sommige situaties een zorgtraject voor langdurige ondersteuning.

De moeder-kindinteractie

Op de moeder-kindafdeling willen we de hoger beschreven processen van afstemming, containment en reflectief functioneren, ondersteunen en verbeteren. Evenals de processen, zijn ook de interventies met elkaar verweven.

Verbeteren van afstemming en contact

De afdeling als 'holding environment'

De afdeling wil in eerste instantie een therapeutisch klimaat creëren van 'holding environment'. Emotionele beschikbaarheid en luisteren is zeker in de beginperiode belangrijker dan willen veranderen. De jonge moeder voelt zich sowieso al onzeker en de opname in het ziekenhuis versterkt haar kwetsbaarheid. Te bruuske inmenging versterkt enkel de schuldgevoelens en het beeld van volledig te falen. Dat de moeder zich door ons gesteund, erkend en begrepen voelt is een voorwaarde om een therapeutisch mandaat te kunnen verwerven.

We hopen ook dat de moeder in de relatie met ons een model mag ervaren om op haar beurt een 'holding environment' aan haar baby te bieden. Wanneer moeder ervaring kan opdoen met zich begrepen en

erkend te voelen, dan creëren wij mogelijkheden om die ervaring door te geven aan haar baby. Of met andere woorden, door ons te ervaren als 'goedaardige en ondersteunende ouders', kan de moeder bekritiserende en afwijzende representaties over het ouderschap milderen, en komt er meer 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)).

Emotionele beschikbaarheid, containment van innerlijke onrust, maar ook voorspelbaarheid 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 er niet toe leiden dat andere betrokkenen op de achtergrond geraken. We denken in eerste instantie aan de vader. Het is belangrijk dat hij zich zoveel mogelijk 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 anderen 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, met respect voor hun wensen en mogelijkheden, door ons aangesproken wanneer zij op bezoek komen. Er zijn gezamenlijke gesprekken met beide echtgenoten waarbij zij aangesproken worden als 'ouder' én als 'partner'. Verder kunnen de vaders in een groepsgeprek, dat wij het 'vaderuurtje' noemen, hun ervaringen delen en steun vinden bij elkaar.

Ook andere betrokkenen zijn welkom. Op de afdeling zien we vaak dat de moeder van de moeder er in deze moeilijke periode wil zijn voor haar dochter. Anderen kunnen niet rekenen op steun van hun partner of familie, maar wel op de aanwezigheid van een andere 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, moedigen we aan 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 schrijven dat moeders met postpartumproblematiek het moeilijk hebben om sensitief en responsief op hun baby te reageren. Soms lukt de fysieke verzorging nog wel, maar ontbreekt het delen van betekenissen met de baby en het samen genieten. Bezigt zijn met de baby wordt beleefd als een opgave: 'als ik een goede moeder wil zijn, moet ik dit doen'. Zorgen voor de baby is conflictueus: enerzijds beleeft men het als last, het put uit; anderzijds voelt men zich erg schuldig omdat men zijn baby te kort doet.

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 ruggeleuning in het zorgen voor en bezig zijn met de baby. We geven woorden waar woorden ontbreken, we ondersteunen het oogcontact tussen moeder en baby, we tonen moeder wanneer de baby op haar reageert of appèl doet, we ondersteunen de afstemming op het ritme van haar baby, enz....

Deze werkmethode wordt geconcretiseerd door het verpleegkundig team in wat we noemen de 'hand-in-hand begeleiding'. De verpleegkundige is dagelijks ondersteunend aanwezig bij verzorgings- en interactiemomenten tussen moeder en baby. Ook in de groepstherapieën, de babymassage of het spelmoment, vertrekken we van dezelfde houding.

Empathisch inleven in de problematiek van de moeder enerzijds en een juiste afstand handhaven in de relatie met de moeder anderzijds,

zijn nodig om een juiste afstemming 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. Het contact met haar ouders was altijd goed, en haar mentale representaties hiervan zijn positief. Ook ten aanzien van ons, hulpverleners, heeft ze positieve verwachtingen, en ze 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 bekritiserende blik naar ons en de andere moeders kijkt en zich snel druk maakt, wanneer de zaken niet lopen zoals zij verwacht. We komen verder nog terug op het verhaal van Linda.

Stilstaan, erkenning en woorden geven aan de manier waarop moeder onze steun en interventie ervaart, is belangrijk om een goede afstemming te vinden. Het 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 erg belastend, en er zijn geen onmiddellijke oplossingen 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. Lange tijd gaf haar woede tegenover de buitenwereld kracht om te functioneren. Momenteel is ze echter 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 geen aandacht krijgt.

Containment van de innerlijke onrust van moeder ter versterking van haar draagkracht

Met het ondersteunen en creëren van een 'hulp-ik' bij de moeder beogen we geenszins de zorg zonder meer over te nemen. Om een therapeutisch proces mogelijk te maken is het belangrijk dat het verplegend personeel de zorg niet te snel overneemt wanneer het voor moeder te zwaar wordt.

Moeder ziet het bijvoorbeeld 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 kunnen we de neiging hebben om haar de last te ontnemen en de baby zelf te wassen. Zo doende lopen we verschillende risico's. Bij sommige moeders kan dit een patroon van afhankelijkheid installeren. Een depressieve moeder kan zich bevestigd weten in gevoelens van waardeloosheid en in het idee dat ze het beter aan anderen overlaat. Het risico is niet denkbeeldig dat we haar gevoelens van neerslachtigheid en haar schuldgevoelens de baby tekort te doen versterken, wat leidt tot verder wegzakken in een negatieve spiraal.

Een moeder, die als kind vooral bekritiserende en afwijzende responsen heeft gekregen, kan zo 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 naar de verpleging verplaatst.

Anderzijds brengen 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', ook geen soelaas. Want ook dan wordt voorbijgegaan aan de innerlijke gemoedstoestand van de moeder.

Een steunende houding en containment bieden, betekent 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 hun innerlijke toestand, zonder dat ze zich afgewezen voelen als moeder, helpen om de onrust geleidelijk aan 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.

De aanwezigheid en de kwetsbaarheid van de baby maken containment op een moeder-kindafdeling soms extra complex. Stilstaan bij de innerlijke onrust van de moeder is niet evident wanneer we getuige zijn van de verwerking door de moeder van haar baby. Ook sterke negatieve overdrachtsgevoelens, waarbij de moeder haar kwaadheid en onmacht projecteert op de hulpverlener, kunnen het containment bemoeilijken.

Verbeteren van het reflectief functioneren

We schreven reeds dat de geboorte van de baby en de realiteit van het moederschap onverwerkte traumas of verlieservaringen kunnen reactiveren. Ze staan een gezonde relatie met de baby in de weg, en kunnen het correct begrijpen door de moeder van de affectieve en gedragsmatige signalen van de baby verhinderen (hoger beschreven voorbeeld van Kristin).

In de infant-ouderpsychotherapie worden moeder (zo mogelijk ook vader) en baby samen in therapie genomen. Vanuit het hiërarchienu en vanuit observaties en duidingen van de actuele moederlijke gevoelens naar haar baby, leggen we linken met het verleden en exploreren we hoe dit verleden een gezonde moeder-kindrelatie belemmert.

⁹ 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: Shapirino, Fraiberg, Adelson (2004), Fraiberg, Shapirino, Bennett & Pawl (2003), Spitz, Pawl & Fraiberg (2002).

Deze therapievorm werd eerst beschreven door Selma Fraiberg in haar boek *Clinical studies in Infant Mental Health* van 1980⁹. 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 gezinszins 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 moment afbakenen helpt om het beste van de moeder naar boven te halen. 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. Volgens onze ervaring raken de meeste moeders ontroerd en bewogen te zien dat hun betrokkenheid op hun baby hierdoor versterkt wordt. Verder proberen we ook hier tijdens een bespreking achteraf dichtbij de betekenissen van de signalen en het gedrag van de baby te komen om het reflectief functioneren bij de moeder te verbeteren.

Linda is opgenomen omwille van een depressie, die sterk geagiteerd tot uiting komt. Onderliggend is er een persoonlijkheidsproblematiek. Ze heeft sterke stemmingswisselingen en de affectregulering loopt heel moeilijk. Op sommige momenten wordt ze overspoeld door woede en 'ontploft' ze. Diegene die op dat moment in haar buurt is mag het dan ongetuigen. Emma, het dochtertje van Linda, is bij opname een vier

maand oude en hyperalerte baby. Het lijkt alsof ze reeds voortdurend paraat staat voor dreigend gevaar. Ze heeft een 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 en bejegent ze haar negatief. Ze begriipt 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. De eigen kwetsuren van 'zich nooit begrepen voelen' komen terug in de relatie met haar dochter. De niet verwerkte kwaadheid en de onmachtsgevoelens 'wanneer gaat er nu eindelijk eens iemand naar mij luisteren', maken het voor Linda niet mogelijk om haar baby als een eigen persoon te meten eigen gevoelens te zien. En net zoals haar moeder aan Linda haar wil opdrong, zien we dat Linda op haar beurt boos wordt en reageert met afwijzing, wanneer Emma niet reageert volgens haar verwachting. Linda ziet vrij snel in hoe oude patronen zich herhalen, maar voelt zich tegelijk machteloos om de signalen van haar dochter 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 naast 'niet willen', of 'ze moet mij niet hebben', een plaats. Bij ontslag vertelt ze dat haar dochter tijdens de opname veranderd is. Of kan zij nu ook met andere ogen naar haar dochter kijken? Haar dochter is voor haar niet meer het moeilijke kind waar ze zich door afgewezen voelt.

Gezinsfunctioneren en interacties met de leefomgeving

Loskomen van oude patronen uit het gezin van herkomst, creëert mogelijkheden voor het nieuwe gezin en het jonge ouderschap.

De postpartumperiode biedt kansen maar houdt ook risico's in; nieuwe interactiepatronen kunnen zich installeren, maar evenzeer kunnen oude patronen zich herhalen.

Zoals het hierboven beschreven fenomeen van 'ghost in the nursery' reeds aangaf, wordt het inlevingsvermogen van sommige moeders belemmerd door onverwerkte kwetsuren uit de eigen kindertijd die als

'spoken' verschijnen op het moment dat ze zelf moeder worden. Bij de geboorte van een kind hebben beide ouders de opdracht los te komen van hun gezin van herkomst om nieuwe gezamenlijke opvoedings-, interactie- en rollenpatronen te ontwikkelen, waarin ze mekaar als jonge ouders 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 moeder kan het terugvallen op haar eigen ouders houvast en ondersteuning geven in een angstige en onzekere periode. Van grootouders' zijde is het begrijpelijk dat ze hun dochter in dergelijke situatie moeilijk loslaten. Dit op de voorgrond treden van het grootouderlijke systeem geeft het jonge koppel, nog zoekend en onzeker, minder ruimte om de eigen rollen en gezinsgrenzen te bepalen. Wanneer de ouders van moeder zich sterk innemen, voelt vader zich nogal eens buitengesloten. Ook voor de moeder is het vaak niet makkelijk om zich als 'moeder' en 'echtgenote' en '(schoon)dochter' herkend en gewaardeerd te blijven voelen, wanneer de familie regelt en beslist. Wat dan weer de gevoelens van neerslachtigheid en machteloosheid versterkt.

Gezinstherapeutisch werken met familiale systemen in een overgangsfase, impliceert dat zowel het loskomen van de herkomstgezinnen, als het ontluiken van jong ouderschap, ondersteund wordt. Met de ouders exploreren we hoe zij binnen het gegeven van een postpartumcrisis toch als gezin een eigen identiteit en afgrenzing kunnen vinden, zonder hierdoor de steun van hun ouders te verliezen.

Volgende twee voorbeelden verduidelijken hoe verschillende dynamieken met het jonge ouderschap kunnen interfereren en hoe wij hierop inspeelden.

Marie wordt opgenomen met 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 activeert angsten van vroeger, angsten dat er iets mis is met de baby. Marie vertelt over de soms levensbedreigende

ziekte van haar moeder. Gedachten dat ook Sam iets zou mankeren beginnen de relatie met haar zoonje te overheersen.

Marie heeft een warm en open contact met haar ouders. Ze heeft positieve mentale representaties van het ouderschap. Ze beschikt over heel goede sensatieve mogelijkheden om de affectieve en gedragsmatige signalen van haar zoonje te begrijpen, maar momenteel overheersen angsten en paniek. Ze herkent zichzelf niet. Ze vertelt dat ze altijd een zelfstandig kind was en geen angsten voelde. Omdat moeder meermaals in het ziekenhuis lag, heeft ze van kleins af geleerd om haar plan te trekken. Haar angsten zijn pas ten tonele verschenen op het moment dat zij zelf moeder werd. De prijs van de parentificatie uit haar kindertijd. Haar moeder is bijna dagelijks op de afdeling. Einde-lijk kan ze iets terug doen voor haar dochter. Ze wil in deze moeilijke tijden als moeder van betekenis zijn voor haar dochter. Moeder en dochter voelen zich onderling sterk verbonden; tegelijkertijd zitten ze met angsten en bezorgdheden ten aanzien van elkaar, die ze moeilijk kunnen lossen. In een gezamenlijk gesprek met Marie en haar ouders komen deze angsten aan bod. Moeder en dochter kunnen zich alleen maar goed voelen wanneer ze weten 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. Vader vertelt op zijn beurt hoe hij een vroegere depressie te boven is gekomen. Hij geeft zijn dochter hoopvolle perspectieven.

Ook de partner, Herman, is dagelijks op de afdeling. Hij wil zoveel mogelijk bij zijn vrouw en zoonje zijn. Hermans jeugdervaringen zijn zeer verschillend van die van Marie. Zijn moeder regelde alles voor hem. Hij zegt dat hij altijd als een prins behandeld is geweest. Een tijd vond hij het lastig dat zijn moeder hem zo domineerde. Hij heeft echter ervaren dat verzet zinloos is, laat de dingen nu gewoon gebeuren en ziet er ook de voordelen van in. Marie heeft het er heel moeilijk mee dat haar schoonmoeder zoveel wilt regelen en inmengingen. Schoonmoeder weet wat het beste is voor de baby en wil haar mening opdingen. Ze bespreekt dit met haar zoon, in afwezigheid van Marie die zich én als echtgenote én als moeder buitengesloten voelt. Dit geeft geregeld conflict in het koppel. Haar opname in het ziekenhuis en haar

huidige kwetsbaarheid maakt het voor Marie nog moeilijker om een volwaardige plaats als 'echtigenote' en als 'moeder' in te nemen. In de gesprekken met Marie en Herman wordt samen staan duidelijk hoe goed bedoelde intenties van Hermans moeder toch een ander effect op Marie kunnen hebben. Verder zoeken we 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 steunend mogen zijn, maar toch ook voldoende afstand houden zodat het jonge gezin ruimte krijgt om een eigen gezinsidentiteit en interactiepatroon te ontwikkelen. Deze zoektocht is nog bezig bij ontslag. De ouders geven aan hier zelf verder hun weg in te zoeken, wat voor ons de betekenis heeft van een 'gezond losmakingsproces'.

We schreven reeds over Linda. Ze is alleenstaand en heeft weinig netwerk om op terug te vallen. Ook al heeft ze zich nooit begrepen gevoeld door haar moeder, toch blijft deze een belangrijk persoon in Linda's omgeving. Hun geregeld contact verloopt veelal op een negatieve en bemoeizuchtige manier. Ze lijken zich allebei als 'goede moeder' te willen bewijzen. Linda voelt zich verantwoordelijk voor haar jongere zusje dat nog bij moeder woont. Linda bekritiseert haar moeder erg scherp, en wil haar zusje beschermen. Anderzijds merken we bij Linda's moeder veel zorg voor haar kleindochter. Emma gaat er in het weekend soms overnachten en slaapt dan bij het zusje van Linda. We merken een grote rolverwarring omtrent '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 dochter van de andere, trachten ze hun gevoelens van mislukking en onmacht ten aanzien van hun eigen dochter te compenseren. Op vraag van Linda organiseren we een paar gesprekken samen met haar moeder. Een gezamenlijk gesprek in een dergelijke context is echter niet evident en niet zonder risico. Het is belangrijk om de gesprekscontext eerst voldoende te beveiligen, en ruimte te creëren voor meer betekenissen dan kwaadheid en verwerping. Geen van beiden is gebaat met een gesprek waarin Linda haar moeder andermaal de huid vol scheldt. Voorbereidend dient er heel wat kwaadheid bij Linda verteerd. Verder overleggen we met het C.G.C. dat, zowel

met Linda als met moeder vertrouwd, het gesprek met moeder zal voorbereiden. Onze dienst bereidt met Linda voor. Voorafgaand aan het gesprek, krijgt Linda een cadeautje van haar moeder. Dit geeft de ruimte voor andere betekenissen. Voor Linda betekent dit geschenkje hoop dat moeder misschien toch om haar gaf. Mogelijk wil moeder zelf ook opening naar andere omgangsvormen met Linda creëren. Naast kwaadheid komt er plaats voor verdriet om het gemis van dialoog en contact. Zowel Linda als haar moeder blijken sterk te verlangen de strijd te staken en te zoeken naar andere omgangsvormen met mekaar. Beiden kunnen meer genuanceerd naar mekaar kijken. Ze blijken zich ook wel lotgenoten te voelen, in hun rol van 'alleenstaande' moeder. Beiden hebben een moeilijke jeugd gekend en blijven met heel wat onverwerkte kwetsuren zitten, maar allebei willen ze vechten om hun kind een beter leven te geven dan ze zelf hebben gehad. De moeder van Linda werd fysiek mishandeld, en wou haar dochter hiervan vrijwaren. Linda blijkt ook wel te zien hoe moeilijk haar moeder het gehad heeft en op welke manier ze geprobeerd heeft er als moeder te zijn voor haar. Linda voelt zich vooral emotioneel tekort gedaan, en wil haar dochter hiervan vrijwaren. Moeder kan erkennen dat zij hebben moeten vechten om het hoofd boven water te houden en dat Linda toch nog een rekening heeft gekregen van wat haar is aangedaan. Hoop is dat Emma de vruchten kan plukken van het verwerkingsproces van haar moeder en grootmoeder. Ze besluiten om na het ontslag van Linda samen verder in therapie te gaan in het C.G.G.

Aandacht voor evenwicht tussen draagkracht en -last in de reële leefsituatie van de moeder, is een protectieve factor voor de baby en het gezin.

Preventieve hulp verlenen en protectieve factoren uitzetten voor de baby veronderstelt dat er een evenwicht geïnstalleerd wordt tussen draagkracht en -last van het gezin. We schreven reeds dat de behandeling geen geïsoleerd gegeven is. De omgeving wordt zoveel mogelijk betrokken en ze zijn vaak op de afdeling, voorts geven we de moeder veel ruimte om te spreken over haar leefsituatie thuis. Zodoende krijgen we vrij makkelijk zicht op veerkracht en risico, op draagkracht en -last. Terwijl een aantal moeders kunnen terugvallen op hun partner, familie of vrienden, staan anderen alleen. 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 moeders hebben moeilijkheden met het vinden van een aangepaste woning. Concreet ondersteuning is dan nodig om de last voor hen draaglijk te maken, om de balans in evenwicht te brengen, én om een therapeutisch proces mogelijk te maken. We willen hier andermaal verwijzen naar de setting van Selma Fraiberg, waar naast psychotherapie en ontwikkelingsbegeleiding, maatschappelijke ondersteuning een derde belangrijke peiler uitmaakt.

Uitzetten van een zorgcircuit op lange termijn

Voor sommige moeders is de moeder-kindafdeling een 'overgangstueel': het helpt hen bij een moeilijke overgang naar het moederschap, en om de baby een plaats in hun leven te geven. Na ontslag kunnen zij de draad terug oppikken.

Voor andere moeders is het ingewikkelder. Zij hebben nood aan blijvende ondersteuning om de processen, die gestart zijn op de moeder-kindafdeling vast te houden en te laten beklijven. De behandeling op de moeder-kindafdeling is dan slechts één schakel in een langdurig zorgtraject. We pleiten hierbij voor een sectoroverschrijdende samenwerking tussen volwassenenzorg en kinder- en jeugdhulpverlening, tussen algemeen welzijnswerk en geestelijke gezondheidszorg.

Als Linda en Emma op ontslag vertrekken, hebben strenge bekritiserende relatiepatronen toch al wat plaats kunnen maken voor mildere omgangsvormen. De negatieve spiraal in het contact tussen moeder en dochter is doorbroken. Linda zelf blijft nog last hebben van stemmingswisselingen¹⁰, maar ze kan het meer zien als een probleem van

¹⁰ Het valt buiten dit artikel om de behandelingsaspecten van de psychiatrische problematiek te beschrijven. Maar we willen hier toch 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.

haarzelf. Er is ook meer ruimte voor 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 en beter gereguleerd. We weten echter evengoed dat nog niet alle problemen opgelost zijn en dat bij eenzaamheid en stress de oude patronen snel terug kunnen komen. De ambulante ondersteuning die de opname voorafging, wordt heronnen zodat verdergewerkt kan worden aan haar proces. Daarnaast accepteert Linda budgetbegeleiding door het O.C.M.W. om een uitweg te vinden in haar precarie financiële situatie. Op het moment van ontslag wil ze geen opvoedingsondersteuning aan huis door een Centrum voor Kinderopvang en Gezinsondersteuning. Eerst wil ze het zelf proberen. We vinden het belangrijk haar dit vertrouwen geven. Anderzijds blijven we stellen dat in de toekomst extra ondersteuning aan huis toch nog mogelijkheden kan geven.

Het is belangrijk dat de moeder en/of het gezin een continuüm in het hulpverleningsproces kan ervaren. Wanneer verdere ondersteuning aangewezen is, hopen wij dat de opname hiervoor openingen heeft gecreëerd. Ons loslaten van moeder en baby 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 op 24 uur bereikbaar. Soms bellen moeders met een praktisch probleem, anderen hebben nood aan steun van hun vertrouwde gesprekspartners. Als wij erin slagen om moeders voldoende vertrouwen te geven tijdens de opname, dan hopen wij dat ze in de toekomst makkelijker moeilijkheden en behoefte aan hulp kunnen aanvaarden. Dit is 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 tussen volwassenenzorg en kinder- en jeugdhulpverlening, en vraagt om samenwerking tussen beide sectoren. Preventief gezinsondersteunend werken betekent ook 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-kindopname een eerste schakel in een langdurig zorgcircuit en is verdere ondersteuning nodig als protectieve factor voor de baby.

Literatuur

- AUSOOS, G. (1980). *Secrets de famille*. In: *Annales de psychothérapie, changements systémiques en thérapie 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, VVGC. (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-NAGY, I. & SPARK, G. (1973). *Invisible Loyalties*. Hagerstown: Harper & Row.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & KRASNER, B. (1994). *Tussen geven en nemen*. Haarlem: De Toorts.
- BOSZORMENYI-NAGY, 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*, 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, D. & Toth, S. (eds.). *Rochester Symposium on developmental psychopathology*. Deverlopmental 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.
- DIDEN, 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 CLERCK, J. (1997). Wie betaalt de veerman? Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. *Diagnostiek-Wijzer* 1, 13-32.
- DOCK, 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*. Leuven: Acco.
- 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., SHAPARHO, V., BENNETT, V. & PAWL, J. (2003). Kortdurende crisisinterventie: twee praktijkvoorbeelden. *Ouderschap & ouderbegeleiding*, 6, 2, 172-190.
- FONAGY, P., CERGELY, 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. & DOCK, 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* (p.78-88). Assen, Van Gorcum.
- 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.
- MICHELSSEN, M., MULLIGEN, W. & VAN HERMCKENS, 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.
- SCHAEFFERS, M.G.J. & SCHUT, A.P. (red.) (2003). *Anders en toch hetzelfde. Psychoanalytische ontwikkelings therapie met kinderen*. NPI-reeks. Assen: Van Gorcum.
- SHAPARINO, V., FRAIBERG, S. & ABELSON, E. (2004). Billy: Ouder-kind psychotherapie 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 Psychotherapie in Support of Perinatal Mental Health. *Zero to Three*, June/July, 26-30. www.zerotothree.org.
- SPITZ CHEKINIS, D., PAWL, J., FRAIBERG, S. (2002). Nina: remediërende ouderbegeleiding en steunende behandeling bij een baby met 'failure to thrive' en haar tiernemoeder. *Ouderschap & ouderbegeleiding*, 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.
- TIMMANS-OSTRYN, E. & VAN CALOEN, B. (1984). Gezinstherapie met jonge kinderen. In: Hendrickx, F., Boeckhorst, F., Compermolle T. & Van Der Pas, A. (Red.). *Handboek Gezinstherapie* (deel 2). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- TIMMANS-OSTRYN, E. (1996). Gezinstherapie en de transgenerationale overdracht van trauma's. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 23, 1, 5-28.
- TIMMANS-OSTRYN, 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., Compermolle T. & van der Pas, A. (Red.). *Handboek Gezinstherapie* (deel 1). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- VAN DER PAS, A. & DE RUTTER, 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 Nagy: 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*, 3, 1, 55-68.
- VUEGEN, N. & LEROY, C. (red.). (2001). *Het Moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie*. Leuven: Acco.
- VUEGEN, 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.
- VUEGEN, N., FICHEFET, I., MEURS, P. & CLUCKERS, G. (2003). De geschiedenis herhaalt zich meestal, maar niet altijd. Transgenerationale overdracht van gehechtheids patronen. *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

In the early parent-child relationship three processes are involved: emotional responsiveness, containment and reflective functioning – each of them of course related to both the others.

The first part of this article deals with the consequences for the mentioned processes of a mother's psychiatric disorder during the post-par-

tum period. The second part describes some important aspects of an early intervention in the mother-child unit of a psychiatric hospital. Being important in the early mother-child relationship, the concepts of emotional responsiveness, containment and reflective functioning will also appear in the mother-therapist relationship. Finally we describe some significant aspects of family supporting care in such a context.

