

Preventieve hulp voor baby's en moeders met postpartumproblematiek

Moeder-Kindafdeling | P.C. Bethanië Zoersel

Marijs LENAERTS | pedagoge, kinder- en gezinstherapeut | marijs.lenaerts@emmaus.be

Ria DOCX | neuropsychiater, psychotherapeut | ria.docx@emmaus.be

Inleiding

De moeder-kindafdeling van het P.C. Bethanië bestaat al sinds 1985 en situeert zich in een psychiatrisch ziekenhuis voor volwassenen. De moeder-kindinteractie is steeds een belangrijk aandachtspunt geweest in de behandeling. Maar stilaan groeide het verlangen naar ondersteuning en samenwerking met de kinder- en jeugdhulpverlening. Een afdeling die zich op het raakvlak bevindt tussen volwassenenzorg en kinder- en jeugdzorg vraagt immers om samenwerking tussen beide sectoren.

Momenteel loopt zowel op de moeder-kindafdeling van P.C. Bethanië in Zoersel als op de moeder-kindafdeling van het P.Z. St.-Camillus in Sint-Denijs-Westrem een pilootproject van Kind en Gezin. De ondersteuning door Kind en Gezin heeft het mogelijk gemaakt in extra-omkadering voor de baby's te voorzien en preventieve hulpverlening voor de baby's van de opgenomen moeders uit te bouwen.

De samenwerking tussen volwassenenzorg en kinder- en jeugdzorg maakt een geïntegreerde behandeling mogelijk, zowel voor de moeder, voor de baby, als voor het hele gezin.

In deze bijdrage beperken we ons tot die doelstellingen en methodieken die rechtstreeks verwijzen naar de preventieve hulp voor de baby en de moeder. De behandelingsmodaliteiten ten aanzien van de moeder als persoon worden hier niet beschreven. Uiteraard is de behandeling van de moeder een noodzakelijk aspect van een geïntegreerde behandeling. Zonder behandeling van de moeder heeft het weinig zin om preventieve acties te ondernemen voor de kinderen.

Voor het evalueren van de pedagogische opvangkwaliteit van de baby's willen we graag verwijzen naar het 'Kwaliteitsinstrument Particuliere Opvanginstellingen' (KWAPOI) van Kind en Gezin (www.kindengezin.be). Daar zijn duidelijke richtlijnen omschreven om de werking te evalueren en te verbeteren wat de pedagogische opvang van de baby's betreft.

Als laatste punt willen we vermelden dat de tekst geen afgewerkt product is, maar een werkinstrument in voortdurende evolutie.

Verantwoording preventieve hulp voor baby's en moeders met postpartumproblematiek

Kritische noot betreffende gezamenlijke opname van moeder en kind

Voor de kinder- en jeugdhulpverlening is het niet evident dat een baby mee wordt opgenomen op een afdeling van een psychiatrische ziekenhuis voor volwassenen.

De bedenking of de baby niet beter (al dan niet tijdelijk) gescheiden wordt van zijn zieke moeder en opgevangen wordt door iemand, in eerste instantie zijn papa, waar hij meer kansen krijgt om een veilig hechtingsgedrag te ontwikkelen, is terecht. Het is een bedenking die we bij elke moeder-kindopname in het achterhoofd moeten houden.

Naast het feit dat separatie en het vinden van geschikte alternatieve opvangmogelijkheden voor het kind in praktijk niet altijd voorhanden zijn, menen we dat een gezamenlijke opname ook een aantal voordelen kan hebben en een meerwaarde kan betekenen voor de baby. De huidige samenwerking tussen volwassenenzorg en kinder- en jeugdhulpverlening, met name Kind en Gezin, geeft bovendien mogelijkheden om preventief en vroegtijdig te interveniëren.

- Een afdeling waar moeder en baby gezamenlijk kunnen worden opgenomen, verlaagt de drempel voor de moeder om zich residentieel te laten behandelen. Wanneer residentiële behandeling sowieso de consequentie heeft van separatie van haar baby, is de kans veel groter dat de moeder de ernst van de situatie voor zichzelf en haar omgeving verborgen wil houden of minimaliseren. De baby zal dan ook langer thuis verblijven bij zijn zieke moeder waardoor de risico's voor de veiligheid en de ontwikkeling van de baby enkel maar zullen toenemen.
- Bij een gezamenlijke opname blijft de moeder ook meer betrokken bij de realiteit dat zij een baby heeft. Bij aparte opnames rijst het probleem nadien, want ook dan zullen moeder en baby een weg moeten vinden om zich op elkaar af te stemmen.
- Gezamenlijke opname en dagelijkse observaties van verzorgingsmomenten en interactiemomenten met de

baby geven de mogelijkheid om zeer vroegtijdig verstoorde afstemming en pathologisch relationeel functioneren op te sporen. De veiligheid van de baby kan gegarandeerd worden, terwijl we tegelijkertijd de mogelijkheid hebben om een eventuele gevaarsituatie te observeren.

- Een residentiële behandeling biedt heel wat mogelijkheden voor vroegtijdige behandeling, zowel voor de baby als voor de interactie tussen moeder en kind.
- Wanneer duidelijk wordt dat de pathologie van de moeder chronisch is en een separatie van de baby toch aangewezen is, kan dit separatieproces bij de moeder therapeutisch ondersteund worden zodat de baby ruimte krijgt om te ontwikkelen in alternatieve opvangmogelijkheden.

Verantwoording, krachtlijnen en inspiratiebronnen

Voor het samenstellen van onze bijdrage zijn we in eerste instantie vertrokken van wat reeds leefde en gebeurde op de afdeling. De moeder-kindinteractie is immers steeds een belangrijk aandachtspunt in de behandeling geweest.

Verder hebben we vooral inspiratie gevonden in de literatuur. Die bronnen situeren zich op volgende terreinen:

- literatuur over verantwoording en noodzaak van preventie en vroegtijdige interventie;
- literatuur en informatie over bestaande projecten voor baby's en moeders met postpartumproblematiek;
- literatuur over ontwikkeling, diagnose en behandeling van de baby.

Onderzoek naar krachtlijnen voor een preventieve aanpak (Baartman, 1996; Hellinckx, 2001) toont aan dat meerdere kenmerken van belang zijn:

- vroegtijdige behandeling: de problematiek mag nog niet te ernstig aanwezig zijn;
- meervoudige behandeling: oog hebben voor het gezin in het gehele systeem, nl. het sociale netwerk, het gezin van herkomst, bekommernis om de materiële en financiële toestand enz.
- frequente en langdurige behandeling: dat betekent een evenwicht installeren tussen draagkracht en draaglast van het gezin. Verder is het belangrijk dat er continuïteit in de zorg is en dat de zorg geïntegreerd is. Zowel de hulpverlener als het gezin moeten de rode draad in het proces kunnen zien.

Daarnaast worden volgende actieterreinen beschreven:

- interactie tussen de hulpverlener en de ouder: luisteren, emotioneel beschikbaar zijn, structureren, vaardigheden aanleren
- ouder-kindinteractie: afstemming tussen ouder en kind;
- ouderkenmerken: verhogen van ouderlijke sensitiviteit en opvoedingscompetentie;
- kindkenmerken: ontwikkeling ondersteunen;

- contextkarakteristieken: steunpunten, sociaal isolement, gezin van herkomst, administratieve en financiële situatie.

Preventieve behandeling van baby's en moeders met postpartumproblematiek situeert zich op het niveau van secundaire en tertiaire preventie. Depressie bij de moeder wordt herkend als een duidelijk risico voor de baby en vroegtijdige interventie is aangewezen. Op korte termijn merken we een verhoogde kwetsbaarheid voor regulatieproblemen. Wat het sociaal gedrag van de baby betreft merken we ofwel afwijzend of terugtrekkend reageren, ofwel aanklampend vasthouden t.a.v. de moeder. Soms zien we dat de baby signalen vertoont van een "microdepressie"¹ (Stern, 1995).

Verskillende onderzoeken (Didden, S. e.a., 2002) bevestigen de verontrustende ontwikkeling van baby's van depressieve moeders op lange termijn, ook wanneer de moeder na enige tijd hersteld is. Vandaar dat behandeling van de moeder alleen niet voldoende is.

Voor de ondersteuning en de behandeling van de afstemming tussen moeder en baby hebben we vooral informatie gevonden bij reeds bestaande projecten van preventieve hulp voor baby's en moeders met postpartumproblematiek. Als belangrijkste inspiratiebron willen we het project van RIAGG IJsseland (Brok & Van Doesum, 1998) aanhalen. De preventiewerkers komen aan huis en ondersteunen het contact in de dagelijkse verzorgingsmomenten van de baby. Hun werk is echter perfect vertaalbaar naar een residentiële setting waarin moeder en baby samen verblijven.

Verder hebben we veel inspiratie gevonden in de klinische setting van Selma Fraiberg (Fraiberg, 1980; Shirilla & Weatherston, 2002). Selma Fraiberg wordt gezien als pionier in therapeutisch werken met de baby en zijn moeder. Het boeiende aan haar setting voor ons is dat de therapeuten soms zelf naar de moeder stappen om hun bezorgdheid omtrent de baby te verwoorden. ²Samen met de moeder zoeken ze naar een evenwicht tussen zorg voor de moeder en zorg voor de baby. Ook in onze setting, waar de moeders de emotionele noden van hun kind niet of te weinig kunnen zien, komen de moeders meestal niet met een hulpvraag voor hun kind. Ook wij dienen eerst een proces te starten waarbij onze bezorgdheid bespreekbaar gemaakt wordt met de moeder. Zorg voor de baby kan dus enkel lukken als er tegelijkertijd ook veel zorg is voor de moeder. Diagnostiek van de baby en ontwikkelingsondersteunende interventies zijn ingebed in het therapeutisch proces van de moeder. Het klinisch werk van S. Fraiberg geeft voorbeelden hoe geïntegreerde zorg voor de baby en de moeder kan verlopen.

Achtergrondvisie van de afdeling

De therapeutische benadering van de afdeling steunt al jaren op begrippen vanuit het psychodynamisch en het contextueel denkkader.

¹ Wanneer de baby er niet in slaagt zijn moeder te betrekken in zijn beleavingswereld, gaat hij soms door imitatie verbondenheid met haar zoeken.

² In die situaties wordt de setting gecontacteerd door jeugdbeschermende instanties die zich zorgen maken omtrent de veiligheid en/of de ontwikkelingskansen van de baby.

Het denken over de moeder-kindinteractie en het denken over ontwikkeling van kinderen sluit aan bij die basisvisie.

Dit gedachtegoed beschrijft het belang van een juiste afstemming en het belang van positief contact tussen de moeder³ en de baby als motor voor de cognitieve en sociale ontwikkeling van het kind.

Recente auteurs binnen de psychodynamische theorie en de ontwikkelingspsychologie beschrijven hoe de ontwikkeling van het jonge kind verloopt op basis van een samenspel tussen ik-mogelijkheden van het kind en een goede afstemming van de ouders op de behoeften van de baby.

Stern ontwikkelde het concept "attunement" om een element van de normale moeder-kindrelatie onder de aandacht te brengen. Met "attunement" bedoelt hij de emotionele afstemming van de moeder op haar kind, of met andere woorden de relationele antwoorden van de verzorgingsfiguren op de affectieve ontwikkelingsnoden van het kind.

Begrippen zoals 'holding' en 'containment' zijn in dit denken belangrijk. Lukt moeder erin een veilig en voorspelbaar houvast aan haar baby te bieden? Lukt moeder erin om de spanningen van haar baby mee te dragen en voor hem verteerbaar en reguleerbaar te maken? Of geraakt ze zelf overspoeld door zijn negatieve emoties? Kan moeder zich inleven in haar baby en haar emoties onderscheiden van de sensaties van de baby?

Kort samenvattend zouden we kunnen stellen dat kinderen die in hun eerste levensmaanden gepaste affectieve responsen hebben ervaren, stevige wortels krijgen om te evolueren naar veilig gehechte kinderen. Het zijn kinderen die ervaren dat ze de moeite waard zijn, dat ze er mogen zijn. Het zijn kinderen die ervaren dat anderen betrouwbaar en voorspelbaar zijn. Het zijn kinderen die ervaren dat problemen niet onoverkomelijk zijn, maar wel opgelost zullen geraken.

Evidentie voor die stellingen vinden we trouwens terug in recent neurobiologisch onderzoek dat heeft aangetoond dat de ontwikkeling van de hersenstructuur van jonge baby's een interactief gebeuren is (Riksen-Walraven, 2002). Kort samengevat komt het erop neer dat goed afgestemde interacties een cruciale rol blijken te spelen bij de ontwikkeling van de hersenstructuren die verantwoordelijk zijn voor de latere gedrags- en emotieregulatie.

We weten dat moeders met een postpartumdepressie er niet of onvoldoende in slagen aangepast affectief te reageren op hun kind. Ten eerste kijken zij door een sombere bril en merken ze de uitnodigingen die de baby geeft voor sociaal contact niet of onvoldoende. En ten tweede, zelfs al zouden ze het merken, lukt het ze vaak niet daar aangepast op te reageren.

Moeders met psychopathologie kijken ook met een verkeerde bril naar hun kind. Zij projecteren eigen onver-

werkte conflicten op hun kind en geven verkeerde betekenissen aan de signalen of het gedrag van hun kind.

Doelstelling van de preventieve hulp en de vroegkinderlijke interventie

Algemene doelstellingen

Als algemene doelstelling stellen we dat we voor de opgenomen baby's maximale mogelijkheden willen creëren voor een gezonde ontwikkeling en een veilige hechting.

We willen:

1. voorkomen dat de baby zijn aangeboren mogelijkheden om zich af te stemmen op zijn omgeving verliest door het ziek zijn van zijn moeder;
2. het contact tussen moeder en baby ondersteunen;
3. de emotionele beschikbaarheid van de moeder t.o.v. de baby verbeteren;
4. ontwikkelingsmogelijkheden en verstoord relationeel functioneren vroegtijdig detecteren en behandelen.

Operationalisering van de doelstellingen

Als preventie- en vroegtijdig interventieproject focussen we onze aandacht op:

de baby;
de moeder-kindinteractie;
het gezinsfunctioneren;
de ruimere context waarin het gezin leeft.

De baby

Tijd en ruimte maken voor de baby

Wanneer de baby mee wordt opgenomen op de moeder-kindafdeling van het psychiatrisch ziekenhuis vinden we het belangrijk dat de baby gezien, gehoord en begrepen wordt. Het is belangrijk dat de baby ervaringen kan beleven van 'er te mogen zijn' en 'zichzelf de moeite waard te vinden'. Wanneer we spreken over aandacht voor de baby betekent dat dus niet alleen aandacht voor zijn verzorging, maar ook aandacht voor hem als persoon.

Baby's worden geboren met mogelijkheden om zich te richten naar hun omgeving. Wanneer zijn uitnodigingen voor contact niet of onvoldoende beantwoord worden, bestaat het gevaar dat hij zich gaat terugtrekken of krampachtig om aandacht zal vragen. Wanneer we tijd maken om hem te leren kennen, zullen we gemakkelijker zijn gedragingen begrijpen en hier gepaste antwoorden op vinden.

Hoe zeker de moeder en hoe minder zij als primaire verzorger aanwezig kan zijn voor haar kind, hoe belangrijker het wordt dat die rol overgenomen wordt door iemand van het verpleegkundig team. Er wordt getracht zoveel mogelijk een vaste persoon daarvoor beschikbaar te stellen, zodat de baby continuïteit in de zorg en het contact kan beleven.

³ Het woord 'moeder' verwijst naar de primaire verzorgende figuur met wie het kind een gehechtheidsrelatie aangaat. Dat gaat vaak over de moeder, maar kan dus ook over de vader of iemand anders gaan, wanneer die de moederfunctie op zich neemt.

Aandacht voor de baby betekent ook dat wanneer baby's huilen, ze niet zomaar gesust worden in de betekenis dat het huilen liefst zo snel mogelijk stopt. Het is belangrijk dat de baby zich veilig blijft voelen om zijn onlust, zijn angst, zijn verdriet te mogen tonen en de veiligheid te ervaren dat dit meegedragen wordt door zijn omgeving. Het is zo dat de baby kan ervaren dat het 'veilig' is in zijn wereld en dat problemen wel opgelost zullen geraken. Ook dit is een belangrijke taak voor het verpleegkundig team. De zieke moeders hebben vaak te weinig draagkracht om die rol alleen op te nemen.

Opvolgen en stimuleren van zijn ontwikkeling. Vroegtijdige detectie van ontwikkelingsmoeilijkheden

Aandacht voor de baby betekent ook het opvolgen van zijn ontwikkeling. Wanneer ontwikkelingsmoeilijkheden zorgwekkend zijn, zullen we dat in overleg met de ouders verder diagnostisch bekijken. Indien wenselijk wordt behandeling opgestart of wordt doorverwezen naar geschikte hulp binnen de kinder- en jeugdhulpverlening.

Veiligheid en bescherming van de baby

In een aantal situaties bestaat er gevaar voor agressie naar de baby. In die situaties zullen moeder en baby nooit alleen gelaten worden. De aanwezigheid van het verzorgend personeel maakt ook dat moeder gemakkelijk hulp kan inroepen op het moment het voor haar te veel wordt en agressieve gevoelens naar de baby de bovenhand beginnen te krijgen.

Wanneer de pathologie van de moeder te ernstig of chronisch is en wanneer er blijvend een gevaarsituatie voor de baby is, wordt dat met de moeder besproken. En wanneer er in het gezin te weinig protectieve factoren aanwezig zijn voor de baby, wordt er gezocht naar alternatieve opvangmogelijkheden. We opteren ervoor om dat in samenspraak met de ouders te doen. Indien dit laatste niet mogelijk is en de gevaarsituatie te ernstig, zullen we niet aarzelen ondersteuning te vragen van jeugdbeschermende instanties.

De moeder-kindinteractie

Ondersteuning van het contact en de affectieve afstemming

Moeders met postpartumproblematiek hebben zeer weinig of geen contact met de baby. Ze zien alles door een 'donkere bril' en zien de uitnodigingen voor contact van hun kind niet. We helpen ze signalen van de baby te zien en daar afgestemd op te reageren.

Contact met de baby kan op verschillende manieren:

- oogcontact: de baby ervaart die aandacht en zoekt die ook op;
- lichamelijk en motorisch zich naar mekaar toewenden;
- aanrakingen die de baby als plezierig beleeft;
- afstemmen op het ritme van het kind;
- nabootsen en imitatie;
- verbale dialoog met de baby;
- verbaliseren en woorden geven aan de baby aan wat er gebeurt of aan de gevoelens van de baby.

Contact lukt wanneer er 'joined attention' aanwezig is.

Onder de affectieve afstemming verstaan we volgende zaken:

- de mate waarin moeder sensitief kan reageren op haar baby;
- de mate waarin moeder structuur, houvast en voorspelbaarheid kan bieden;
- non-intrusiviteit naar de baby;
- non-vijandigheid naar de baby;
- de mate waarin de baby responsief reageert op de moeder;
- de mate waarin de baby zijn moeder uitnodigt en betreft in zijn leefwereld.

"Good enough mothering": een juist evenwicht installeren tussen emotioneel invoelen en structureren

Voor sommige moeders betekent een 'goede moeder' zijn zichzelf opofferen en alles geven voor de baby. Hierdoor kunnen ambivalente gevoelens en gedachten beangstigend zijn. Wanneer de moeder weinig steun ondervindt in haar omgeving, ontstaat er al vrij snel een vicieuze cirkel, waarbij moeder om haar verwarde en schuldgevoelens tegemoet te komen, steeds meer alles gevend aan de baby wordt. Uiteraard zullen hierdoor ambivalente gedachten en gevoelens sterker de kop opsteken, waardoor moeder in een neerwaartse spiraal terechtkomt en zichzelf steeds slechter zal voelen.

Het toelaten en herkennen van die ambivalente gevoelens als normaal kunnen enorm opluchtend zijn en geeft mogelijkheden om nieuwe en meer realistische betekenissen te geven aan "good enough mothering".

Het aanvaarden van meer realistische betekenissen is nodig om te vermijden dat er een relationeel patroon groeit waarin grenzen stellen naar het kind moeilijk wordt.

Het verbeteren van de reflectieve functie van de moeder

Met reflectieve functie bedoelen we de moederlijke sensitiviteit en responsiviteit tegenover haar kind. De reflectieve functie van de primaire verzorger is cruciaal voor het installeren van een veilige hechting 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 haarzelf) dat er een interpersoonlijke ervaring ontstaat. Het is in die 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.

Vroegtijdige detectie en interventie bij een verstoorde affectieve afstemming

De gezamenlijke opname van moeder en kind maakt dat we vrij snel zicht krijgen op een verontrustende emotionele afstemming tussen moeder en kind. We zullen dat met moeder bespreken en samen met haar proberen te begrijpen wat een gezonde emotionele afstemming in de

weg staat. Door vroegtijdige behandeling proberen we de baby te vrijwaren van 'geprojecteerde verlangens' en 'innerlijke kwetsuren' van de moeder om zo ruimte voor een gezonde ontwikkeling te kunnen maken.

Het gezinsfunctioneren

Plaats en erkenning geven aan vader en het ouderschap

Opname van moeder en kind in het ziekenhuis mag niet betekenen dat de vader zou vervreemden van zijn baby. Hij moet betrokken blijven bij de realiteit van het vaderschap. Moeder en vader moeten samen hun weg zoeken in het jonge ouderschap.

Vader als protectieve factor

We stimuleren de vader in het opnemen van de rol van primaire verzorger wanneer afstemming ontbreekt of wanneer die sterk verstoord is.

Aandacht voor de niet opgenomen broertjes of zusjes van de baby

Zoals ook op andere afdelingen hebben we oog voor de kopp-problematiek⁴. Wanneer er reeds oudere broertjes of zusjes in het gezin aanwezig zijn, vinden we het belangrijk ook oog en aandacht te hebben voor hen. De opgenomen moeder is immers niet alleen moeder van de baby, maar ook nog moeder van haar andere kinderen.

Evenwicht installeren tussen draaglast en draagkracht van het gezin

Ondersteuning bij administratieve, materiële en financiële zorgen

Sommige moeders zitten met heel wat materiële zorgen, zoals woonsituatie, financiële zorgen en allerlei administratieve zaken die in orde gebracht moeten worden. Die gedachten houden hen sterk bezig. Concrete ondersteuning bij het in orde brengen van allerlei zaken is dan ook nodig om ruimte te maken voor therapie en behandeling.

Uitbouwen van steunpunten in de reële leefwereld van de moeder

Jonge moeders en hun baby blijven liefst niet langer dan noodzakelijk opgenomen in het ziekenhuis. De behandeling hier mag dan ook geen geïsoleerd gegeven zijn, maar moet ingebed worden in de reële context waarin moeder en baby leven.

Sommige moeders kunnen steun ervaren van hun partner en/of hun familie. De verantwoordelijkheden en zorgen rond de baby kunnen gedeeld worden, waardoor draagkracht en draaglast in evenwicht gehouden kunnen worden.

Uitbouwen van een ondersteunend sociaal netwerk

Andere moeders staan er alleen voor of kunnen weinig of niet op een partner of familie rekenen. In die situaties is het installeren van een sociaal ondersteunend netwerk absoluut noodzakelijk. Het is een belangrijk aspect in het

beklijven en vasthouden van de ondersteuning die begonnen is op de afdeling. Aldus wordt het mogelijk op lange termijn een rode draad in het hulpverleningsproces te installeren. Wanneer de moeder steun kan ervaren in haar omgeving en wanneer de drempel laag gehouden wordt om hulp te zoeken als zij het moeilijk heeft, installeren we een belangrijke protectieve factor voor de baby.

Het installeren van een ondersteunend netwerk is ook noodzakelijk wanneer we ons zorgen maken over de verdere ontwikkeling van de baby. Een gezamenlijke opname heeft immers het voordeel dat we een zorgwekkende ontwikkeling snel kunnen detecteren. Het is echter onvoldoende onze ongerustheid met de ouders te bespreken. Het is even belangrijk ze houvast en aanknopingspunten te geven voor verdere interventie en behandeling. De ervaring leert dat het geven van een adres voor doorverwijzing onvoldoende is. De wachtlijsten zijn te lang of de drempel blijft te hoog. We engageren ons om daar zelf de nodige contacten voor te leggen, zodat een doorverwijzing makkelijker haalbaar is.

Een ondersteunend netwerk kan draagkracht en draaglast voor het gezin in evenwicht houden. Een ondersteunend netwerk maakt ook dat het gezin niet geïsoleerd is en het verlaagt de drempel om hulp te zoeken. Dit zijn belangrijke protectieve factoren voor het kind op lange termijn.

Werkmethodieken

Zoals reeds in de inleiding vermeld worden hier enkel de werkmethoden besproken die rechtstreeks verwijzen naar de preventieve hulp voor de baby en de moeder. Dit is dus geen volledige weergave van de behandelingsmodaliteiten en de werking op de moeder-kindafdeling.

Afdeling als 'holding environment' voor moeder en baby

Als afdeling willen we een therapeutisch klimaat voor ogen houden van een 'holding environment' voor de moeder en voor de baby. Volgende aspecten zijn hierin belangrijk.

'Holding environment' betekent *containment*. Wanneer moeder ervaringen kan beleven als zich veilig voelen, zich herinnerd en begrepen worden, zich gezien en gehoord voelen en zich gesteund voelen, dan creëren wij mogelijkheden om die ervaringen door te geven aan haar baby.

Het is vanuit de relatie met ons dat moeder een model ervaart om op haar beurt een "holding environment" aan haar baby te bieden.

Angsten, onzekerheden, innerlijke onrust bij die moeders kunnen verhinderen dat ze zichzelf en hun baby klaar en duidelijk kunnen zien. Zij weten niet meer wat hun baby nodig heeft en hoe te reageren. De baby wordt beleefd als moeilijk en aandachtvragend, alsof hij voortdurend bezig moet worden gehouden.

Sommige moeders lukken er nog in om tamelijk adequaat

⁴ Kopp: kinderen van ouders met psychiatrische problematiek

op hun baby te reageren, maar zij beleven en voelen het zelf zo niet. Door het onder woorden brengen van die angsten en door ondersteunende interventies helpen we moeders angsten en onzekerheden draaglijk en verteerbaar te maken. Hoe minder angstig moeder is, hoe meer ze in staat is zichzelf en haar baby meer objectief te zien. Het reduceren van angsten maakt dat moeder zichzelf als meer competent kan zien en meer geruststellende gedachten krijgt over de ontwikkeling van de baby.

Voor andere moeders is de situatie ingewikkelder. Die moeders zijn overspoeld door externe verwachtingen en/of gebeurtenissen en innerlijke spanningen. De emotionele onrust is zo sterk aanwezig dat er weinig ruimte is voor de baby. Zij hebben de idee dat de baby hun aandacht opeist, terwijl ze hem in realiteit aan zijn lot overlaten. Maar ook hier is het meedragen en verteerbaar maken van die onrust een begin om ze te helpen hun baby een plaats te geven.

'Holding environment' betekent ook *houvast en voorspelbaarheid* van het gebeuren op de afdeling. Structuur en ritme is niet enkel voor de moeders, maar ook voor de baby's belangrijk om overspoeling van emoties te voorkomen en in te dijken. Baby's worden geholpen een ritme te vinden in hun eet-, slaap- en waakpatroon.

Holding en containment zijn trouwens belangrijke middelen om beginnende regulatieproblemen bij de baby's te verhelpen.

Als laatste punt willen we ook de *openheid* van de afdeling benoemen. Opname van moeder en baby op de afdeling mag niet betekenen dat steunfiguren en betrokken personen op de achtergrond zouden geraken. We denken hier in eerste instantie aan de vader. Vaders zijn dan ook steeds welkom op de afdeling en kunnen, indien zij dat wensen, de verzorging van de baby opnemen. Indien vader de mogelijkheid heeft en beide ouders dit wensen, kan de baby uiteraard ook bij momenten thuis verblijven. Verder vinden we het belangrijk om zo snel mogelijk weekends te installeren zodat moeder niet vervreemd geraakt van de reële situatie en geleidelijk aan gewend geraakt met de baby thuis te zitten.

Het installeren van een hulp-ik voor de moeder

Moeders met postpartumproblematiek lukken er niet meer in 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 ervan 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 voelen ze zich ook schuldig als ze het niet doen.

De aanwezigheid van iemand die de moeder hierin steunt en begrijpt, geeft haar sterkte en energie om met de baby bezig te zijn. We geven rugsteun aan moeder om voor haar baby te zorgen, om met haar baby bezig te zijn. Waar zij (nog) te zwak is of (nog) niet in staat toe is, nemen we over, liefst in haar aanwezigheid. We geven

woorden waar woorden ontbreken, we helpen moeder haar baby te begrijpen, we ondersteunen oogcontact tussen moeder en baby, we maken haar attent wanneer baby reageert op haar

Empathie en inleving in de problematiek van de moeder en een juiste afstand in de relatie met moeder zijn nodig om daar een juiste afstemming in te vinden. Het is immers niet omdat wij steun en zorg aanbieden dat moeder dat ook zo ervaart.

We zijn goed bezig wanneer we het gevoel krijgen dat door onze ondersteuning de moeder zich meer betrokken kan voelen bij haar baby. Het is een teken aan de wand wanneer wij het gevoel krijgen dat we als oppas fungeren en de moeder het evident vindt dat iemand anders voor haar baby zorgt. Het stemt ook tot nadenken wanneer moeder onze zorg en aandacht ervaart als controle.

Enkele voorbeelden: Jessie voelt zich gesteund. Maar Kim voelt dat ze zich moet bewijzen (Kim is gecollocerd) en Patsy ervaart de verpleging als een verlengstuk van haar overcontrolerende vader. Woorden geven aan die belevingen is belangrijk om als hulpverlener een hulp-ik te kunnen installeren.

Die werkmethode komt vooral tot uiting in wat we noemen de 'hand-in hand-begeleiding' door het verpleegkundig team. De verpleegkundigen zijn niet enkel als hulp-ik aanwezig bij verzorgingsmomenten van de baby, maar gaan ook samen met moeder en baby op de mat zitten om haar te ondersteunen in het spel met haar baby.

Ook in de groepstherapieën vertrekken we van dezelfde houding, bv. tijdens de babymassage en het spelmoment.

Wat de verzorging van de baby tijdens de nacht betreft, wordt gekozen om de moeders te laten rusten. De zorg wordt dan ook volledig overgenomen door de kinderverzorgster die 's nachts aanwezig is. Bij ontslagplanning wordt ervoor geopteerd of de eerste voeding of de laatste voeding van de baby door de moeder te laten geven. Zo kan ze zich stilaan aanpassen aan de situatie, zoals ze thuis zal zijn.

Infant-ouderpsychotherapie

In de infant-ouderpsychotherapie worden baby en moeder samen in therapie genomen. In sommige situaties is de baby afwezig, maar dan wordt hij op mentaal niveau in de sessie gebracht.

De geboorte van de baby en de realiteit van het moederschap kan onverwerkte trauma's of verlieservaringen reaktiveren. Preoccupaties met het verleden kunnen de moeder verhinderen emotioneel afgestemd te geraken op de baby en een veilige hechting op te bouwen.

Vanuit het hier en nu en vanuit onze observaties van de verstoorde interactie tussen moeder en kind, leggen we de verbanden naar het verleden. Het herkennen en woorden geven aan het gekwetste kind in de moeder, maken dat er ruimte kan groeien voor empathie en emotionele afstemming op de baby. Een voorbeeld: Patsy kan haar kind niet horen huilen. Wanneer de baby lastig is en begint te huilen, beginnen bij haar de stoppen door te slaan en is de baby niet meer veilig bij haar. Ze heeft op dat moment

geen controle meer over haar agressie. Tips en aanwijzingen om haar baby te kunnen troosten zijn hier niet voldoende. We moeten ons afvragen wat heeft gemaakt dat zij haar baby niet kan horen huilen en waarom het zo ondraaglijk is voor haar. Door het benoemen en verwerken van die kwetsuren voorkomen we dat ze verder op het kind geprojecteerd worden en dat haar kind de rekening krijgt van wat haar is aangedaan.

Psycho-educatie en opvoedingsondersteuning

Psycho-educatie en opvoedingsondersteuning houden ondermeer in:

- inzicht in en begrijpen van het ontwikkelingsstadium van de baby;
- praktische tips rond verzorging, troosten bij huilen
- ondersteunen en aanleren van opvoedingsvaardigheden.

Video-Interactie-Begeleiding

In de Video-Interactie-Begeleiding wordt samen met moeder gekeken naar wat er gebeurt in het contact tussen haar en haar baby. Het opnemen op video geeft een aantal therapeutische mogelijkheden. Een afgebakend moment van interactie dat opgenomen wordt haalt het beste van de moeder naar boven. Sommigen lukken erin zich een korte tijdspanne op de baby te concentreren. Andere gedachten en preoccupaties kunnen even opzijgezet worden. Wanneer bij het bekijken van de band vooral gefocust wordt op goeie momenten van contact, op goeie responsen merken we dat dit op zijn beurt de betrokkenheid van de moeder op haar baby vergroot. Op video kunnen zij namelijk veel beter zien hoe de baby op hen reageert. Het is bemoedigend voor beide partijen.

Groepstherapieën

• **Babymassage**

Babymassage en lichaamsaanraking is een goede manier om tegemoet te komen aan de affectieve honger van de baby. Aangeraakt worden is belangrijk voor de ontwikkeling van het vertrouwen, het zelfbewustzijn en voor het vermogen om zich in de wereld geborgen te voelen.

• **Spelmoment**

Bedoeling is om hulpmiddelen aan te reiken om met (meer) plezier met de baby bezig te zijn. Het contact en de relatie met de baby primeren. Voor moeders die er nog wel in slagen om hun baby zelf te verzorgen, is het soms een moeilijke opdracht om gewoon plezier te beleven in het spel met hun kind.

Zowel de babymassage als het spelmoment zijn goede observatiemomenten voor interactiemogelijkheden tussen moeder en baby.

• **Themalessen** over ontwikkeling en ontwikkelingsproblemen bij baby's.

Voorbeelden zijn: hoe een baby troosten, wat te doen

als de baby moeilijk eet enz.

Gezinsessies

Volgende thema's kunnen aan bod komen.

Opname van moeder en baby mag niet de consequentie hebben dat vader meer op de achtergrond komt te staan en zich minder betrokken gaat voelen op zijn kind. Vandaar dat het belangrijk is vader een plaats te geven en te erkennen als vader. Hoe zieker de moeder, hoe belangrijker het wordt dat vader de rol als primaire verzorger opneemt voor zijn kind.⁵

Wanneer moeder of vader nog niet losgekomen zijn uit hun eigen gezin van oorsprong en dat een gezond samenwerkend ouderschap bemoeilijkt, ondersteunen we het installeren van de gezins- en generatiegrenzen.

Wanneer conflictueuze relaties met het gezin van herkomst een gezonde relatie met de baby in de weg staan, worden de grootouders betrokken, indien dat aangewezen en mogelijk is. In het voorbeeld van Patsy (met overcontrolerende en dominerende vader) is een éénmalig gesprek samen met haar vader enorm betekenisvol geweest.

Ontwikkelingsmoeilijkheden van de baby worden met beide ouders besproken en met beide ouders wordt gezocht naar concrete houvast.

Wanneer er reeds oudere kinderen in het gezin zijn, moeten zij ook plaats en erkenning krijgen. In gezinsessies helpen we ouders daar met hun kinderen over te praten. Bij jonge kinderen kan het belangrijk zijn rituelen in te bouwen om de opname van hun mama en hun broertje of zusje betekenis te geven en de tijdelijke separatie draaglijker te maken. De komst van de baby betekent voor hen tegelijkertijd de afwezigheid van hun mama. En het is niet moeilijk om ons voor te stellen dat dit bij hen heel wat verwarde gevoelens teweegbrengt: "Gaat mama mij nog graag zien nu de baby er is? De baby mag bij mama blijven en ik niet. Ze zeggen dat mama ziek is, maar hoelang is ze nog ziek, wordt ze nog beter? Komt mama nog terug naar huis? Als de baby er niet was, was mama niet ziek geworden" enz.

Samenwerking met hulpverleners uit de regio van moeder en het opbouwen van continuïteit van de zorg na ontslag

De opname van moeder en baby mag geen geïsoleerd gegeven zijn. Het is noodzakelijk blijvend oog te hebben voor de reële context waarin de moeder leeft. Tijdens de opname wordt dan ook samen met moeder de reële levenssituatie in kaart gebracht. Waar zijn er problemen? Op welke steunpunten kan ze terugvallen? Wanneer er reeds andere hulpverleners betrokken zijn in het gezin, worden wij een tijdelijke medepartner in de zorg voor het gezin. In overleg met de moeder contacteren wij die instanties. De behandeling van moeder-kind kan het best gezien worden als een schakel in een geïntegreerd zorgconcept.

⁵ Voor de vaders worden er ook groepsgesprekken gehouden, waarbij ervaringen gedeeld kunnen worden.

Wanneer er nog geen hulpverleningsinstanties bij het gezin betrokken zijn en inbedding in een sociaal ondersteunend netwerk na ontslag wenselijk of noodzakelijk is, worden die diensten zo snel mogelijk door ons gecontacteerd. Een gezamenlijke opname heeft niet alleen het voordeel van vroegtijdige detectie, maar heeft ook het voordeel dat wij een mandaat hebben om vroegtijdig de ouders en hulpverleningsinstanties te overtuigen van de noodzaak van verdere zorg. Wanneer mogelijk organiseren we een netwerkoverleg in aanwezigheid van de moeder (of beide ouders) nog tijdens de opname. De ervaring leert ons dat dit de enige manier is om een duidelijke rode draad in het zorgproces te installeren. Wanneer het ons niet lukt tijdens de opname is het veel moeilijker om dit achteraf nog op gang te trekken.

We zouden kunnen stellen dat het installeren van het ondersteunend netwerk des te belangrijker wordt, naarmate wij ervaren dat de behandeling van de moeder-kind-interactie op onze afdeling onvoldoende succes oplevert en de baby niet of te weinig kan rekenen op zijn papa als protectieve factor. Hoe sterker de pathologie, hoe meer steunpunten in de reële leefwereld dienen te worden opgezet.

De betrokken partners in dit netwerk kunnen zowel residentiële als ambulante voorzieningen zijn, zowel voorzieningen van volwassenenzorg als van kinder- en jeugdzorg, als voorzieningen van bijzondere jeugdzorg. Wanneer het gezin naar Kind en Gezin gaat, is de regio-verpleegkundige alleszins een betrokken partner van dit netwerk. We doen ook vaak een beroep op de Centra voor Kinderopvang en Gezinsondersteuning om de overgang van residentieel naar ambulant te ondersteunen. Overleg met de betrokken diensten is ook na ontslag mogelijk.

Ambulante nazorg door Moeder-Kindafdeling

De overgang van het voorspelbare en veilig gestructureerde klimaat van de afdeling naar de thuissituatie kan soms groot zijn. De meeste moeders worden na ontslag een tijd op ambulante wijze verder opgevolgd, zodat de overgang van residentieel naar ambulant en van zorg intern naar zorg extern geleidelijk kan verlopen.

Die ambulante ondersteuning gebeurt op verschillende manieren. Ten eerste is het team van verpleegkundigen vierentwintig uur per dag bereikbaar. Moeders kunnen dus dag en nacht terecht op de afdeling. Sommige moeders bellen met een vraag voor een praktische tip. Andere moeders willen graag nog een babbel met iemand wanneer ze het moeilijk hebben. Ten tweede zijn er groepsbijeenkomsten voor de moeders die ontslagen zijn uit het ziekenhuis. In die groepsbijeenkomsten worden vooral ervaringen met elkaar gedeeld. En ten derde kan ook de psychotherapie nog een stuk verder lopen, indien dat aangewezen zou zijn.⁶

Het ontslag gebeurt in stappen. Van korte weekends naar lange weekends en verder naar proefontslag, zodat de moeders geleidelijk aan gewend geraken aan het leven met de baby thuis.

Diagnostische hulpmiddelen

Wat de ontwikkeling van de baby betreft:

- Bayley Scales of Infant Development (Nedl. Versie)
- Kent Infant Development Scale (Nedl. Versie)

Wat de interactie tussen moeder en kind betreft:

- de BETHLEM Mother-Infant Interaction Scale : een gedragsobservatieschaal van de moeder-kindinteractie, waarbij de interactie gedurende een week geobserveerd en geëvalueerd wordt.
- De Emotional Availability Scales: observatie en evaluatie van de affectieve communicatie tussen moeder en kind aan de hand van video-opname.

In sommige situaties kan ook gebruik gemaakt worden van de "Diagnostic Classification: 0-3": een differentiaal diagnostische classificatie voor kinderen van 0 tot 3 jaar. Ze is aangewezen wanneer ontwikkelingsstoornissen vermoed worden (in dit geval is er overleg mogelijk met kinder- en jeugdpsychiatrie Antwerpen).

Samenwerkingsverbanden en -contacten met het oog verdere professionalisering van de preventieve hulp

Verdere professionalisering richt zich zowel op cliëntniveau, als op het niveau van het verder methodisch uitwerken van de preventieve hulp.

De belangrijkste externe partners hiervoor zijn:

- het infantteam van de kinder- en jeugdpsychiatrie Antwerpen
- het Centrum voor Kinderpsychotherapie van de KU Leuven.

Momenteel loopt ook een doctoraatsstudie vanuit het Centrum voor Kinderpsychotherapie, nl. "Affectieve communicatie en depressie in de moeder-kind-dyade aan het einde van het eerste half jaar". Het klinisch luik verloopt in samenwerking met onze afdeling. De einddatum van het onderzoek is voorzien voor februari 2006.

Op zeer korte termijn is er de oprichting van de Vlaamse afdeling van de "World Association of Infant Mental Health". De belangrijkste doelstelling is verdere professionalisering van de hulpverleners die met infants bezig zijn. Ook daaraan zullen we onze medewerking verlenen.

⁶ Zoals we in vorige paragraaf beschreven, is het onze optie om ambulante ondersteuning op te zetten in de regio van de moeder. Wanneer ook verdere psychotherapeutische hulp aangewezen is, zullen we verwijzen naar een Dienst Geestelijke Gezondheidszorg in de buurt van de woonplaats van het gezin. Dat impliceert echter niet dat het therapeutisch proces hier na ontslag onmiddellijk moet stoppen. We overleggen met de therapeut van de ambulante voorziening, wanneer wij hier best afronden, zodat de overgang zo harmonisch mogelijk kan verlopen.

Besluit

Samenvattend kunnen we stellen dat voor een preventieve werking de aandacht gericht moet zijn, zowel op de baby, de moeder-kindinteractie als op de reële context. Op de afdeling is de zorg voor de baby geïntegreerd in de zorg en de behandeling van de moeder. Goede zorg voor de kinderen betekent immers ook goede zorg voor de ouders.

Naar gelang van de mogelijkheden van moeder en haar omgeving zullen klemtonen anders gelegd worden. Sommige moeders zullen vooral baat hebben bij psycho-

therapie. Bij andere moeders en baby's zal vooral ontwikkelings- en interactieondersteunend gewerkt moeten worden. En bij nog anderen zal de klemtoon sterk komen te liggen op de uitbouw van een zorgcircuit op lange termijn.

Zoals we ook in de inleiding reeds vermeldde, is deze bijdrage geen afgewerkt product, maar een werkinstrument voor ons. We realiseren ons ook dat sommige aspecten onvoldoende zijn uitgewerkt. We hopen evenwel dat deze bijdrage toch al een beeld geeft van de preventieve hulp voor de baby's en hun moeder op de moeder-kindafdeling van het P.C. Bethanië (www.pcbethanie.be).

Literatuur

- 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). *Emotional Availability Scales, 3de ed. Attachment and Human Development, 2, 257-270.*
- Brok, C. & Van Doesum, K. (1998). *Positieve interactie tussen depressieve moeders en hun baby's. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, jrg. 53, 9, p. 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.*
- Clark, R. (2001). *Mothers, Babies, and Depression: Questions and Answers. Zero to Three, august/september, 48-50.*
- Diden, S. e.a. (2002). *Kinderen van ouders met een affectieve stoornis: reden tot K.O.P.(P) zorgen? Een literatuuronderzoek naar epidemiologie en risicofactoren. TOKK, 27.*
- Fraiberg, S. (Ed.) (1980). *Clinical Studies in Infant Mental Health. The first year of life. New York: Basic Books.*
- Greenspan, S. & Lieberman, A. *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.*
- Hellinckx, W. e.a. (2001). *Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak. Leuven: Acco.*
- 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.*
- Nossent, S. & Vanderhaegen, O. (2002) *Werken met baby's en hun opvoeders. Boom/Amsterdam.*
- 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.*
- Slade, A. *Keeping the Baby in Mind: A Critical Factor in Perinatal Mental Health. Zero to Three, june/july, 10-16.*
- Schmeets, M.G.J. & Schut, A.P. (red). *Anders en toch hetzelfde. Psychoanalytische ontwikkelingstherapie met kinderen. NPI-reeks. Assen, Koninklijke Van Gorcum, 2003.*
- 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.*
- 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.*
- Vliegen, N. & Leroy, C. (red.). (2001). *Het Moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie. Leuven: Acco.*
- Watillon, A. (1993). *Dynamique des thérapies psychoanalytiques de la relation parents-enfant. Rev. B. Psych., 22.*
- Zero to Three (1994). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington: Zero to Three.*