

**Gunther Degraeve, Hilde Bauwens, Marijs Lenaerts en
Claudine Mertens**

Psychiatrische problemen na de bevalling:

handvatten voor benadering en behandeling

Psychiatrische problemen, die zich voordoen na de bevalling ('postpartum') zijn een onverwachte en onwelkome complicatie. In een periode waarin de moeder moet genieten van het moederschap dient zich opeens een psychiatrische behandeling tot zelfs opname aan. Over de medicamenteuze aanpak bestaat de nodige literatuur¹, maar de psychosociale en psychotherapeutische aanpak krijgt minder vaak aandacht. Analooq aan de Moeder-Kind unit (MKU) van het PZ Bethanië werd vanuit de MKU in het St.-Camillus ziekenhuis² een specifiek kader ontwikkeld waarin de nadruk ligt op het bevorderen van de gezonde moeder-kind interactie.³ Praktisch steunt deze aanpak op vier pijlers, die nauw met elkaar samenhangen: zorg voor de moeder, zorg voor de baby, aandacht voor de moeder-kind interactie en ondersteunen van de context.

Opname

Zelfs al is de problematiek zo ernstig dat een opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk is, dan nog is

dit in de periode na de bevalling zeker niet evident bij alle betrokkenen. Vooral voor moeders en omgeving voor wie dit een eerste contact is met de psychiatrie, is de drempel enorm. Het feit dat men het psychisch niet meer alleen redt en psychiatrische hulp nodig heeft, wordt vaak als falen ervaren. Wanneer dit bovendien gebeurt als men pas moeder geworden is en dus op roze wolkjes zou moeten lopen, dan is dat des te meer ontredde-rend. Het kwetsbare baby'tje mee in die onbekende en dus bedreigende wereld te betrekken is ook afschrikkend. Anderzijds blijkt voor de moeders het feit dat behandeling mogelijk is zonder hun baby achter te moeten laten, eerder een argument om behandeling te aanvaarden.

Zorg voor de moeder

Net zoals bij andere psychiatrische problemen wordt ook bij postpartale psychiatrische problematiek een biopsychosociaal verklaringsmodel gehanteerd. Zowel een biologisch of psychosociaal bepaalde kwetsbaarheid van het individu worden als uitlokkende factor erkend. De behandeling zal daarom ook vanuit verschillende invalshoeken gebeuren, waarbij er accentverschillen zijn afhankelijk van de belangrijkste factor.

De emotionele kwetsbaarheid van jonge moeders met een psychiatrische problematiek is bijzonder groot. Daarom dient de afdeling een 'holding environment' te bieden. Dat is een leefomgeving die gekenmerkt wordt door zorg, nabijheid, rust en veiligheid, maar die tegelijkertijd voldoende flexibel is om de begeleiding af te stemmen op de veranderende behoeften van de betrok-

G. Degraeve is arts en psychiater-psychotherapeut in opleiding (Gunther.Degraeve@yahoo.com); H. Bauwens is cliëntgericht psychotherapeute en werkzaam op de Moeder/Kind unit van het PZ St.-Camillus te St.-Denijs-Westrem; M. Lenaerts is pedagoge, kinder- en gezinstherapeute en werkzaam op de Moeder/Kind unit van het PC Bethanië te Zoersel; C. Mertens is psychiater-psychotherapeute, hoofdgeneesheer en hoofd van de Moeder/Kind unit van het PZ St.-Camillus te St.-Denijs-Westrem.

ken moeder en haar gezin.⁴ Het is belangrijk de moeder 'containment'⁵ te bieden in haar gevoelens van angst, onzekerheid en innerlijke onrust. Vanuit de ervaring zich gezien, gehoord, begrepen en gesteund te voelen in de relatie met de hulpverleners op de afdeling wordt de mogelijkheid gecreëerd om deze ervaring door te geven aan de baby. In de relatie met de hulpverleners krijgt de moeder als het ware een model om op haar beurt een 'holding environment' aan haar baby te bieden.⁶ Dit 'containment' wordt gerealiseerd in de hand-in-hand-begeleiding door het team. De vertrouwensrelatie tussen de moeder en de hulpverlener is cruciaal om toegelaten te worden als partner, als 'mee-moeder'⁷ in de zorg voor de baby. Deze relatie berust op respect en erkenning voor de moeder als primaire verzorgster, op empathie en een goede balans tussen afstand en nabijheid. Pijlers in het therapeutisch handelen zijn steeds: adequaat ondersteunen, modellen aanreiken, motiveren, inzicht geven.

In vergelijking met een traditionele psychiatrische aanpak is er een meer ondersteunende begeleiding en een soepeler structuur. Elke moeder leeft immers gedeeltelijk op het ritme van haar baby. Het combineren van de behandeling met de zorg voor haar baby beperkt minderwaardigheidsgevoelens bij de moeder en is een belangrijke motiverende factor. Een 'holding environment' betekent evenwel ook dat het afdelingsgebeuren voor spelbaarheid en houvast biedt, zowel voor de moeders als voor de baby's. Ze worden allebei geholpen om een gezond ritme te vinden in hun eet- en slaap-waakpatroon.

geren. Het is dus belangrijk dat ook de baby zich gezien, gehoord en begrepen voelt, dat hij zijn onlust, angst en verdriet kan tonen en de veiligheid ervaart hierin gedragen te worden door zijn omgeving. Deze pasgeborenen zijn als KOPP-kinderen (kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek) immers kwetsbaar.

Soms bestaat er een risico van fysieke agressie van de moeder naar het kind. Dit kan betekenen dat een depressieve of psychotische moeder het kind wil meenemen in de dood. Daarom wordt de kinderkamer altijd afgesloten. Dit kan wel wat shockeren, maar mits goed gemotiveerd kunnen moeders hiervoor meestal wel begrip opbrengen. Naast een beschermende functie tegenover de baby's heeft deze maatregel ook een functie om daar waar moeders een te hechte band met hun kind hebben, hen te helpen een juistere afstand te bewaren. Goede zorg voor de baby betekent dan ook het zoveel mogelijk betrekken en ondersteunen van de vader of andere familieleden in het contact en de zorg voor de baby.

Dankzij de uitgebreide observatiemogelijkheden op de unit is vroegtijdige detectie van ontwikkelingsstoornissen mogelijk en wordt de baby ook gestimuleerd in zijn ontwikkeling. Bij de zorg voor het fysieke welzijn van het kindje horen ook de consultaties bij de kinderarts en andere gespecialiseerde diensten, die vanuit hun expertise de ontwikkeling van de baby mee opvolgen. Een kindje dat ten gevolge van deprivatie een motorische achterstand opgelopen had, werd zo geredimeerd door extra stimulatie en aangepaste fysiotherapeutische oefeningen.

Goede zorg voor de baby betekent dan ook het zoveel mogelijk betrekken en ondersteunen van de vader of andere familieleden in het contact en de zorg voor de baby.

Zorg voor de baby

In een MKU geldt bij uitstek het principe van meervoudige partijdigheid uit de contextuele therapie.⁸ Dit houdt in dat het Rogeriaans principe van empathie ten opzichte van de cliënt verruimd moet worden naar empathie ten opzichte van de context. Zowel moeder als baby zijn personen met elk hun eigen problematiek. De behandeling is dan ook essentieel gericht op hun perspectieven: de behandeling van de psychiatrische problematiek bij de moeder én de zorg voor het kwetsbare kind met zijn fysieke en psychische behoeften. Ook de baby is een persoon, die sociaal en responsief kan rea-

Wanneer tijdens de behandeling blijkt dat de psychiatrische problematiek van de moeder moeilijk opklaart en zij onvoldoende groeimogelijkheden heeft naar 'good-enough-mothering', dringen zich andere maatregelen op. Zo onderkende een alleenstaande moeder dat zij niet kon instaan voor de continuïteit van de zorg voor haar kind. Zij was een coöperatieve partner in het zoeken naar een pleeggezin voor haar zoontje.

Zorg voor de affectieve band tussen moeder en kind

Depressie, angst en psychose bij de moeder vormen een

1 **Beoordelingsschaal voor de moeder-kind interactie**

Om de evolutie in de moeder-kind interactie te objectiveren wordt gebruik gemaakt van de *'Bethlem mother-infant interaction scale'* (BMIS). Deze beoordelingsschaal is bedoeld voor klinisch gebruik op een MKU.¹¹ Ze laat toe een beoordeling te maken van de interactie voor wat betreft:

- a. het dialoogaspect van de interactie: oogcontact, lichamelijk contact, verbaal contact en stemmingsgevoeligheid
- b. de dagelijkse routine
- c. eventuele gevaarsaspecten voor het kind
- d. de bijdrage van het kind tot de interactie.

De 0-score is het normale vergelijkingspunt, hoe hoger de score hoe problematischer het gedrag is. Vooral de dialoogscore geeft een goede indicatie van de kwaliteit van het interactieve gedrag tussen moeder en kind.

belangrijke belemmering voor de emotionele en gedragsinteracties die nodig zijn voor een succesvolle moeder-kind-band. Bij een ernstig psychiatrisch ziektebeeld bij de moeder is er sprake van een psychologische onbereikbaarheid: ze is sterk betrokken op zichzelf en heeft minder mogelijkheden tot goede interactie met haar kindje. Uit onderzoek blijkt dat er minder oogcontact is, minder face-to-face interactie, minder wiegen, minder goed getimed responsen, minder fysieke affectie, soms ook een te dichte fusionele interactie.⁹ De therapeutische interventies zijn er op gericht om deze ongewilde deprivatie op te vangen en te voorkomen dat er een hypotheek gelegd wordt op de emotionele en cognitieve ontwikkeling van het kind. Door de psychiatrische problematiek van de moeder blijkt precies die noodzakelijke emotionele afstemming bedreigd. Op langere termijn kan het kindje zich gaan aanpassen aan deze verarmde interactiestijl en andere manieren gaan zoeken om zich met zijn moeder te verbinden, misschien zal het de expressieloosheid en psychomotorische vertraging imiteren en een stil en teruggetrokken kind worden. Misschien slaagt het er toch in om dankzij doorzettingsvermogen de moeder in zijn/haar beleveniswereld te betrekken en wordt het een overactief en affectie wervend kind.¹⁰

De therapeutische interventies zijn er enerzijds op gericht om de gevoeligheid van de moeder voor de emotionele noden van haar kind te verbeteren en anderzijds om 'playfulness' of het ervaren van plezier in de interactie te faciliteren. Dit kan gebeuren in begeleide spelmomenten, waar men de mama's laat kennismaken met

aangepaste spelletjes voor hun kindjes, via babymassage en via muziektherapie met de kindjes (zingen, bewegen op muziek), maar ook in talrijke informele momenten. Naast de modelfunctie die zij steeds vervullen, zullen de begeleiders de moeders bij al deze activiteiten aanmoedigen en ondersteunen tot interactie en vooral ook hen attenderen op kleine succeservaringen om op die manier hun zelfvertrouwen te voeden. Uitwisselen met andere moeders over het verschil in temperament tussen de baby's in een zogenaamd 'moeder-uurtje' kan de identiteit als moeder en het bewustzijn van de unieke band met het kindje versterken.

Zorg voor de context

Een ander aandachtspunt is een evenwicht realiseren tussen draaglast en draagkracht van het gezin, in de eerste plaats natuurlijk de partner en eventuele andere kinderen. Gezinstherapeutisch werken met familiale systemen die zich in de overgangsfase (loskomen uit de patronen van het gezin van herkomst versus ontwikkelen van het eigen ouderlijk systeem) bevinden, betekent ook exploreren hoe een eigen identiteit en afgrenzing als gezin kan worden gevonden zonder de soms nog noodzakelijke steun van het gezin van herkomst te verliezen¹². De geboorte van een kind is op zich al een ingrijpende gebeurtenis, wanneer dit gepaard gaat met de psychische decompensatie van de moeder wordt de hele leefwereld van het gezin door elkaar geschud. De reacties kunnen zeer verschillend zijn: van betrokken en bezorgd, via worstelend met schuldgevoelens tot zich terugtrekken en afwijzend reageren. Het is belangrijk

dat het gezin een luisterend oor vindt bij de behandelers voor hun verhaal, hun ervaringen, hun vragen. Ook voor hen wil de afdeling een 'holding environment' zijn. Uitgebreide bezoekfaciliteiten geven hen maximale mogelijkheden het contact met hun partner en hun kindje, broertje of zusje in deze moeilijke omstandigheden te onderhouden. Zij worden zoveel mogelijk – en dit ook weer afgestemd op hun behoeften – betrokken bij de dagelijkse zorg voor het kindje. Sommige vaders hebben op hun beurt ondersteuning nodig om het affectief contact met hun kindje aan te gaan. Er is ook aandacht voor eventuele andere kinderen in het gezin. Er wordt zorg voor gedragen om hen op een kindvriendelijke manier te onthalen zodat zij toch een geruststellend beeld krijgen van de plaats waar mama voorlopig verblijft.

Ook de relatie tussen beide partners vraagt extra zorg. Niet zelden zijn er gesprekken nodig met het koppel om hen te helpen open te staan voor elkaars ervaringen, begrip op te brengen voor elkaars moeilijkheden en begrenzingen en het beschadigde wederzijds vertrouwen nieuwe groeikansen te bieden. Soms brengt deze voor beide partners zeer belastende levensfase onderliggende conflicten aan de oppervlakte en is intensieve relatietherapie noodzakelijk. Ook daar wordt de behandelingsfilosofie voortgezet door het benadrukken van een relationele ethiek¹³: binnen de relatie wordt de balans van geven en ontvangen hersteld. Soms moet ook aandacht gaan naar de grootouders. Voor hen is het samengaan van een blijde gebeurtenis en de confrontatie met psychische problemen bij (schoon)dochter eveneens zeer verwarrend.

Einde van de behandeling

In de totale zorg neemt de ontslagbegeleiding een belangrijke plaats in. Door een goede weekendplanning en -evaluatie met de betrokkenen wordt een geleidelijke integratie in het thuismilieu nagestreefd. Dat gebeurt via een aantal zogenaamde therapeutische dagen die thuis worden doorgebracht of via dagbehandeling, waarbij dan nog overdag naar de unit wordt gekomen. Op die manier verloopt de overgang van het beschermde afdelingsleven naar volledige zelfstandigheid geleidelijk. Dit biedt de kans om de plaats in het gezin te behouden en de aangeleerde vaardigheden te toetsen aan de praktijk terwijl nog de mogelijkheid bestaat om bepaalde moeilijkheden te bespreken met vertrouwensfiguren in het ziekenhuis. Vaak dient in overleg met de familiale achterban, huisarts en gespecialiseerde diensten bijkomende mantelzorg en sociale ondersteuning georganiseerd te worden om een stabiel thuismilieu of integratie in de maatschappij mogelijk te maken.

Besluit

Een opname door postpartale psychiatrische problematiek brengt zijn eigen mogelijkheden en beperkingen met zich mee. Vanuit het hoger beschreven denkkader en de praktische invulling daarvan wordt daar zo adequaat mogelijk op ingespeeld. Het belang van een gezonde interactie tussen moeder en kind, waarvoor een aantal preventieve en correctieve maatregelen worden beschreven, kan niet genoeg benadrukt worden.

Literatuur

- ¹ Onder andere Brockington I (2004) Postpartum psychiatric disorders. *The lancet* 363: 303-310
- ² Omdat het PZ St.-Camillus zich specifiek op volwassenenpsychiatrie richt zijn er specifieke criteria voor opname op de MKU. Deze omvatten onder andere een psychiatrische problematiek bij de moeder: postpartumdepressie, -angststoornis, persoonlijkheidsproblematiek of postpartumpsychose. Daarnaast mag de baby niet ouder zijn dan 6 maanden. Een moeder met een baby met kinderpsychiatrische problematiek wordt doorverwezen naar een gespecialiseerde unit maar komt niet in aanmerking voor opname op de MKU. Specifieke zorg voor de baby wordt op de MKU ook voorzien door een samenwerking in het kader van een piloot-project met Kind & Gezin
- ³ Bauwens H & C Mertens (2004) *De Moeder-Kindunit in het psychiatrisch ziekenhuis: behandeling en preventie onder één dak*. 4de Vlaams congres Kinder- en Jeugdpsychiatrie en -psychotherapie. Leuven
- ⁴ Zie Lenaerts M & Docx R (2004) Preventieve hulp voor baby's en moeders met postpartumproblematiek. *Hospitalia* 1: 32-40; Lenaerts M & Docx R (2005) De moeder-kind relatie bij psychiatrische problematiek in de postpartumperiode. *Tijdschrift voor familie-therapie* 11: 3-30
- ⁵ Bion W. (1977) Attention and interpretation: Container and contained. In: Bion W, *Seven servants: Four works*. New York: Jason Aronson
- ⁶ Lenaerts & Docx (2004), zie noot 4
- ⁷ Vliegen N (2004) *In den beginne was er... Ontwikkeling van beginnend ouderschap en vroege ouder-kind interactie*. 4de Vlaams congres Kinder- en Jeugdpsychiatrie en -psychotherapie. Leuven

- ⁸ Michielsen M ea (red) (2003) *Leren over leven in loyaliteit: over contextuele hulpverlening*. Leuven/Leusden: Acco
- ⁹ Nicolson P (1998) *Post-natal depression: Psychology, science and the transition to motherhood*. Londen/New York: Routledge
- ¹⁰ Stern D (1995) *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books
- ¹¹ Hipwell AE & Kumar R (1996) Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). *British journal of psychiatry* 169: 655-661
- ¹² Lenaerts & Docx (2005), zie noot 4
- ¹³ Michielsen ea (2003), zie noot 8