

Hoofdstuk 3.6

De vroege moeder-kindrelatie bij moeders met borderline-problematiek

Een geïntegreerd behandelingsconcept als mogelijkheid voor een vroege interventie.¹

Marijs Lenaerts

Inleiding

Op de Moeder-Baby-Eenheid van het Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis te Zoersel in België – een afdeling voor moeders met postpartum-syndromen – worden geregeld moeders opgenomen met een onderliggende persoonlijkheidsproblematiek, meer bepaald een borderline persoonlijkheidsproblematiek. In tegenstelling tot bij postpartum-depressie is relatief weinig bekend over de moeder-kindrelatie en interventiemogelijkheden bij borderline-stoornissen.² Gezamenlijke opname van moeder en kind is bij deze groep niet vanzelfsprekend en ook niet altijd aangewezen. In dit hoofdstuk bespreken we hoe het geïntegreerde behandelingsaanbod in sommige situaties een meerwaarde kan hebben.

De Moeder-Baby-Eenheid is een onderdeel van een psychiatrisch ziekenhuis voor volwassenen. De problematiek van de moeder is de indicatie voor opname en behandeling. Naast behandeling van de moeder is het ondersteunen van de moeder-kindrelatie een belangrijk behandeldoel van de afdeling. Wij hebben er de mogelijkheid om in een vroeg stadium met de moeder, de baby en het gezin te werken. Er zijn nog geen negatieve gezinsspatronen verankerd in het jonge gezin. Een residentiële opname biedt houvast en veiligheid, zowel voor de moeder als voor de baby, en misschien geeft een dergelijke context mogelijkheden voor een veranderingsproces.

We geven eerst een kort overzicht van de implicaties van borderline-problematiek bij de moeder voor de relatie met de baby en diens ontwikkeling. Vervolgens schetsen we het behandelkader van de Moeder-Baby-Eenheid, waarbij we dieper ingaan op de behandeling van de moeder-kindrelatie. We illustreren dit daarna met casuïstiek, waarin we de relationele dynamiek tussen de hulpverlener, de moeder en haar baby zullen toelichten.

Vroege moeder-kindrelatie bij borderline-moeders nader bekeken

De problematiek van een borderline-persoonlijkheidsstoornis en de betekenis ervan voor de omgeving kunnen begrepen worden vanuit verschillende theoretische denkmodellen. We beperken ons hier tot de beschrijving van enkele aspecten van de relatie met de baby vanuit twee invalshoeken. Allereerst lichten we de *interpersoonlijke* en relationele aspecten toe vanuit de definitie van een borderline-persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-IV classificatie. Vervolgens bespreken we de *intrapsychische* aspecten in de vroege moeder-kindrelatie aan de hand van de theorie van Bateman en Target (2004) vanuit de psychodynamische visie en de gehechtheidstheorie (zie ook hoofdstuk 3.4).

Interpersoonlijke aspecten

Een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) wordt gekenmerkt door een 'duurzaam patroon van instabiliteit van de stemming, van interpersoonlijke relaties, van het zelfbeeld en de affecten en een opmerkelijke impulsiviteit' (DSM-IV). Uit angst om in de steek gelaten te worden, zijn deze mensen soms zeer eisend en aanklappend, terwijl zij zich op andere momenten plots uit de relatie kunnen terugtrekken (VVG, 2006; Van Gael, 2002b; Nicolai, 2001). Bij een moeder met BPS zal een dergelijke manier van relaties aangaan ook de relatie met de baby beïnvloeden. Op sommige momenten zal zij de baby aanhalen en op een intrusieve manier contact zoeken; op andere momenten zal zij hem wegduwen en afwijzen. Omdat haar gedrag en de omgang met haar baby vooral afhangen van haar stemming en veel minder van de behoeftes en de emotionele expressies van de baby, slaagt zij er niet in haar baby de nodige veiligheid en voorspelbaarheid te bieden. Verminderde synchroniciteit en wederkerigheid typeren de moeder-kindrelatie (Danon, Rosenblum et al., 2004; Schore, 2001;

Crandell, Matthew et al., 2003; Crandell, Matthew et al., 2004).

De baby zelf ervaart een onvoorspelbare, bedreigende en beangstigende zorgomgeving. Nicolai (2001) beschrijft dat niet alleen de intrusieve houding van de moeder angst en een verhoogde stress-toestand bij de baby veroorzaakt, maar dat het onvoorspelbaar terugtrekken uit de relatie door de moeder, de baby evenzeer angstig achterlaat.

De eerste ontwikkelingstaak van een baby is het opbouwen van een veilige gehechtheid met de belangrijkste verzorger(s) bij wie de baby geniet van de nabijheid, bij wie hij zich veilig genoeg voelt om deze persoon te gebruiken als veilige thuishaven om de wereld te verkennen, en die hij ook zal opzoeken wanneer hij angstig is. Wanneer de gehechtheidsfiguur zowel een bron van veiligheid als een bron van angst is, belandt de baby in een dilemma. Hij zit in een onoplosbare strijd omdat het angstaanjagende gedrag van de moeder zowel het verlangen naar een zorgende nabijheid (gehechtheidssysteem) activeert, als angst voor de onvoorspelbaarheid van deze nabijheid (Nicolai, 2001; Holmes, 2004). Cassidy en Mohr (2003) schrijven dat het verstijven en het gedesoriënteerd en gedesorganiseerd raken van de baby signalen zijn dat de situatie voor hem onmogelijk is.

Onderzoek aan de hand van videoanalyse (Danon, Rosenblum et al., 2004; Crandell et al., 2004) toont dat baby's van moeders met een borderline-persoonlijkheidsstoornis minder positieve emoties – zoals plezier en tederheid – vertonen dan baby's van andere moeders, met inbegrip van de depressieve moeders. Verder vertonen de baby's van borderline-moeders meer passieve negatieve emoties zoals onverschilligheid, verdriet en leegte. De onderzoekers concludeerden dat de baby zich als het ware terugtrok: 'Dit is teveel voor mij, hier trek ik me uit terug.' Ook Schore (2003) beschrijft hoe deze baby's snel overgaan van een toestand van hyperarousal naar een situatie waarin zij zich terugtrekken uit het contact en apathisch lijken, alsof zij dit copingmechanisme ontwikkeld hebben om met de stress te kunnen omgaan.

Intrapsychische aspecten

Naast het wisselende en onvoorspelbare gedrag is het belangrijk oog te hebben voor de minder zichtbare intrapsychische aspecten. Personen met borderline-persoonlijkheidsproblematiek ontbreekt het doorgaans aan het vermogen om te kunnen mentaliseren (Bateman & Fonagy, 2004). Mentaliseren is de mogelijkheid om te kunnen reflecteren over gedrag als uiting van een innerlijke intentio-

nele beleving, en dit zowel bij jezelf als bij de andere (zie ook hoofdstuk 2.4). Hetzelfde gedrag kan immers verschillende betekenissen hebben. Wanneer een baby huilt, zal de moeder anders reageren al naar gelang haar begrip van de oorzaak van dat huilen. Zij reageert anders wanneer de baby huilt van honger dan wanneer zij meent dat hij moe of bijvoorbeeld angstig is. De moeder reageert immers niet op het huilen zelf, maar op de veronderstelde innerlijke ervaringswereld die aan de bron ervan ligt (Schmeets, 2005; Watillon, 2005; Fonagy & Target, 1997). De baby heeft verder behoefte aan een 'gemarkeerde' spiegeling (Fonagy, 2002) van zijn gevoelswereld. Hij heeft niet alleen (h)erkenning van zijn gevoel nodig, maar ook de geruststelling of opvang van de affectieve lading van het gevoel. Zodat aanvankelijk overspoelende emoties draagbaar worden en de baby mogelijkheden krijgt om zich te ontwikkelen naar een veilig gehecht autonoom persoon.

Borderline-moeders falen zowel in het spiegelen als in het markeren van het affect. Zij kunnen hun baby niet zien als een persoon met een eigen innerlijke en intentionele wereld. In plaats daarvan projecteren zij hun onverwerkte en ondraaglijke gevoelens op de baby en interpreteren ze de signalen van hun baby vanuit deze projecties. Dit betekent dat de baby niet kan terugvallen op een zorgfiguur die zijn affecten spiegelt en helpt reguleren, maar dat hij geconfronteerd wordt met de onverwerkte en negatief beleefde aspecten van zijn moeder (Van Gael, 2002a; Fonagy & Target, 1997; Rexwinkel & Verheugt-Pleiter, 2005). Wanneer een baby huilt is het voor deze moeder(s) moeilijk om het huilen te zien als een uiting vanuit een innerlijke toestand van de baby zelf. Zij kunnen het huilen ervaren als iets dat negatief is en gericht op moeder zelf. Aangezien de borderline-moeder(s) vaak alles beleven in extremen, wordt ook de baby geconfronteerd met de sterke lading van het negatieve affect van zijn moeder.

Moeder en baby kunnen bijgevolg niet groeien naar een veilige gehechtheidsrelatie waarin beiden elkaar leren begrijpen en verstaan. Er ontstaat een negatief escalerende interactie waarin de baby ook steeds meer vervreemd geraakt van zijn eigen affecten.

De behoefte aan vroege interventies

Afgezien van een eventuele genetische kwetsbaarheid komt de ontwikkeling van de baby van een borderline-moeder sterk onder druk te staan door de hierboven beschreven interpersoonlijke en intrapsychische aspecten in de relatie met zijn moeder. De kans is groot dat de baby, net als zijn moe-

der, een mentale processtoornis zal ontwikkelen (Fonagy, 2001) (zie ook hoofdstuk 2.4 en 5.8). Kinderen van borderline-moeders hebben bovendien een verhoogde kwetsbaarheid voor mis-handeling. Borderline-moeders hebben vaak een georganiseerde hechtingsstijl van het angstig gepreoccupeerde type (Van Gael, 2002a; Nicolai, 2001a; Trimbos-instituut, 2006). Als gevolg van hun verlatingsangst reageren zij controlerend en dwingend richting de baby en wanneer de baby niet doet wat zij verlangen of zeggen, voelen deze moeders zich door hem in de steek gelaten. De baby kan dus niet anders dan ontgoocheld raken. Vroege interventie is noodzakelijk om a) de baby te beschermen tegen de onvoorspelbaarheid en de intrusies van zijn moeder en b) om de baby maximale kansen te geven voor de ontwikkeling naar een veilig gehecht persoon met een gezond mentaliserend vermogen. Een gezamenlijke opname van een borderline-moeder met haar baby is dus zeker niet vanzelfsprekend. Andere opties, zoals dagbehandeling voor de moeder en alternatieve opvang voor de baby, zijn soms meer aangewezen en dienen bij dergelijke problematiek overwogen te worden.

Het is belangrijk dat wij ons goed bewust zijn van de ontwikkelingsrisico's voor de baby van moeders met dergelijke problematiek en onze therapeutische grenzen kennen, maar dat kan slechts door oog te hebben voor het individuele verhaal van elke afzonderlijke moeder en haar baby. Dit zodat we kunnen zoeken naar ontwikkelingskansen en groeimogelijkheden voor de baby en de moeder in een specifieke situatie. De ene borderline-moeder is de andere niet. Sommigen realiseren zich dat de relatie met hun baby de verkeerde kant opgaat en willen hulp om hierin verandering te brengen. Verder kan de manier waarop de borderline-persoonlijkheidsproblematiek tot uiting komt enorm verschillen, en is elke concrete leefsituatie anders waardoor elke baby andere perspectieven en ontwikkelingsmogelijkheden heeft. Is er een vader aanwezig? Is hij betrokken bij de baby en in hoeverre kan hij de baby beschermen tegen de intrusies en onvoorspelbaarheid van de moeder? Zijn er (nog) andere hechtingsfiguren in de nabije omgeving van de baby die een protectieve rol kunnen spelen? Welke andere protectieve factoren zijn er voor de baby? Kan gezamenlijke opname van moeder en kind meerwaarde hebben in het doorbreken van deze (vaak) transgeneratiele problematiek? Slechts door de gehele leefsituatie in kaart te brengen kunnen we bovenstaande vragen beantwoorden. Een netwerkoverleg met de moeder (en haar

partner) en de betrokken hulpverleners is aan te raden om uit te wijzen of een moeder-kindopname zinvol is.

Behandelcontext van de Moeder-Baby-Eenheid

We vermeldde al dat naast a) de behandeling van de moeder, het b) ondersteunen van de moeder-kindrelatie een belangrijk doel is van onze afdeling. Deze twee behandeldoelen kunnen we echter niet realiseren zonder c) de gehele leefsituatie van de moeder en de baby in de behandeling te betrekken. We beschrijven deze drie behandelaspecten voor zover zij betekenis hebben voor de bescherming en de groeimogelijkheden van de baby en werken ze niet verder uit voor de problematiek van de moeder.

Behandeling van de moeder

De postpartum-periode is een kwetsbare periode (zie ook hoofdstuk 3.1 en 3.2). Op geen enkel moment in haar leven wordt een vrouw zo geconfronteerd met een diepgaande en drastische verandering in haar leven op allerlei vlakken, en de kans om psychiatrische syndromen³ te ontwikkelen is in deze periode dan ook veel groter dan in andere levensfasen (Docx, 2001). Zowel een biologisch als een psychosociaal bepaalde kwetsbaarheid wordt erkend als uitlokkende factor. De behandeling gebeurt daarom ook vanuit verschillende invalshoeken, waarbij er accentverschillen zijn afhankelijk van de belangrijkste factor (Docx, 2001; Degraeve, Bouwens et al., 2006). In dit hoofdstuk focussen we op de behandeling van de moeder-kindrelatie, en niet op de behandeling van de moeder. Aan de hand van een voorbeeld laten we zien hoe een dergelijke context een *port of entry* (Sameroff, Mc Donough et al. 2004; Bruschweiler-Stern, 2004) kan zijn om problematische aspecten van de moeder-kindrelatie bespreekbaar te maken en aldus voor de moeder ruimte kan creëren hulp te accepteren. Myriam

Myriam is een alleenstaande moeder van 25 jaar met BPS. Bij opname is de baby 4 maanden oud. Met de vader bestaat geen contact meer. Verder kan ze weinig steunen op familie en heeft ze geen vrienden. Omwille van bezorgdheid over de veiligheid en de ontwikkeling van de baby, heeft jeugdbescherming vanaf de geboorte van de baby verschillende hulpverleners ingeschakeld om moeder en baby te ondersteunen. Zo kwam er dagelijks iemand aan huis. Myriam beleefde al die hulp echter als controle en als bevestiging dat zij een 'slechte' moeder was. Al die verschillende hulpverleners die zij in haar huis

moest binnenlaten, waren voor haar een belasting. Na een tijd liet zij de mensen voor de deur staan. Er dreigde escalatie omdat er steeds minder vertrouwen was tussen de moeder en de hulpverleners. Voor de baby werd de situatie gevaarlijk.

Toen er een crisis dreigde werden Myriam en haar kind opgenomen. De jeugdbescherming liet moeder geen keuze. Ofwel ze liet zich opnemen op de Moeder-Baby-Eenheid, ofwel haar baby zou geplaatst worden. Het valt heel goed te begrijpen dat moeder aanvankelijk heel veel weerstand had tegenover de opname, maar stilaan kon ze ervaren dat niet meer alleen de baby focus van aandacht was, maar ook zichzelf. Het werd duidelijk dat deze moeder ook sterke depressieve klachten had. Haar angst om als een slechte moeder gezien te worden maakte langzamerhand plaats voor het beeld van een zieke moeder die verzorgd moest worden en die recht had op hulp voor haar en haar kind. Op de afdeling mocht zij de zorg voor de baby overlaten aan de kinderverzorgster op momenten dat zij het zelf te moeilijk had. Terwijl zij diegene aanvankelijk als de zoveelste hulpverlener zag die haar eens zou vertellen hoe het moest, kon ze de hulp steeds meer ervaren als steunend en erkennend voor haarzelf. Problematische aspecten in de moeder-kindrelatie werden zo na verloop van tijd ook makkelijker bespreekbaar. Na de opname kon Myriam makkelijker aanvaarden dat ze het niet alleen zou kunnen en liet ze bijkomende opvang voor de baby en ondersteuning voor zichzelf toe.

Behandeling van de moeder-kindrelatie

Sameroff (2004) beschrijft drie *ports of entry* voor een vroegtijdige interventie: *remediation*: het ondersteunen van de gedragsverandering van het kind; *redefinition*: het veranderen van de perceptie

die de ouder heeft van zijn kind, en *reeducation*: het aanleren van opvoedingsvaardigheden. Op de Moeder-Baby-Eenheid hanteren wij deze drie ingangspoorten om de relatie tussen de moeder en de baby te verbeteren.

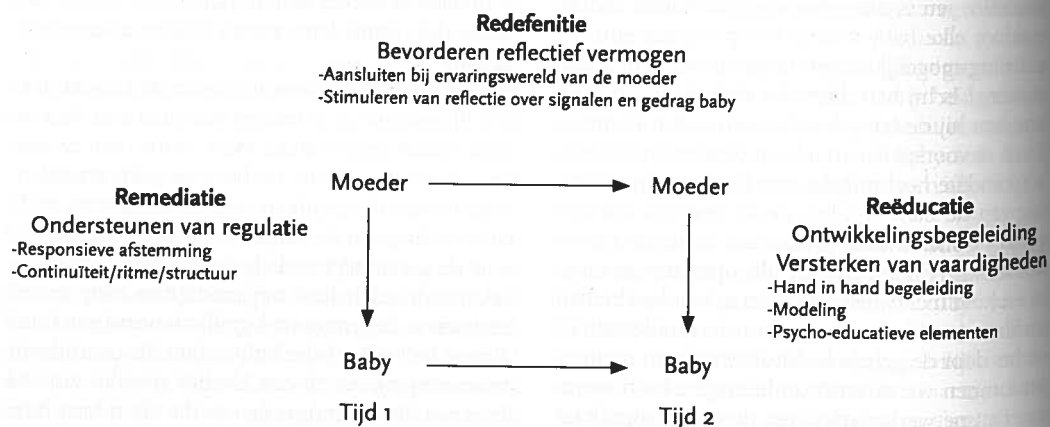
Remediation of het ondersteunen van de regulatieprocessen bij de baby

Baby's van psychisch zieke moeders hebben een grotere kwetsbaarheid voor regulatieproblemen (Cohn & Campbell, 1992; Cohn & Tronick, 1998). Wij merken dat verschillende baby's bij opname regulatieproblemen hebben, meestal als uitdrukking van een verstoring in de afstemming. De continuïteit in de zorg, ritme en structuur die eigen is aan het afdelingsleven geeft de moeder het gevoel dat zij de 'moeilijke' huilbaby samen met de kinderverzorgster kan dragen, en tegelijkertijd brengt de emotionele responsiviteit van de kinderverzorgster naar de baby meestal snel een verbetering in de regulatie. Soms wordt op advies van de pediatier de voeding van de baby aangepast of kan er extra psychomotorische ondersteuning geboden worden.

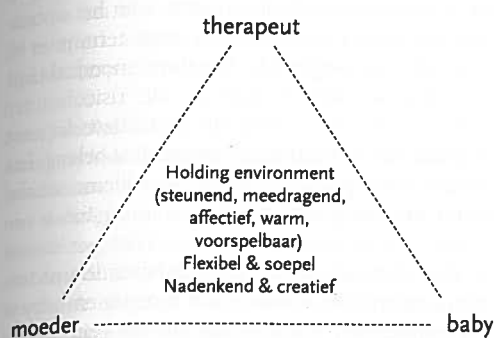
REDEFINITION OF HET VERANDEREN VAN DE PERCEPTIE DIE DE MOEDER HEEFT VAN DE BABY

Psychisch zieke moeders, in het bijzonder moeders met een borderline-persoonlijkeheidsproblematiek, kunnen voorstellingen en verwachtingen van de baby hebben die niet stroken met de reële baby. Onverwerkte trauma's uit de eigen kindertijd komen opnieuw naar boven in de relatie met de baby. We beschreven eerder dat borderline-moeders er niet in slagen het gedrag van de baby te zien als intentioneel vanuit de baby, maar het interpreteren vanuit het eigen verleden. Op de Moeder-Baby-Eenheid trachten wij erkenning te geven aan deze erva-

Figuur 1: Transactioneel model van interventies (Sameroff and Fiese, 2000).



Figuur 2: Enkele aspecten van therapeutische relatie.



ringswereld en aan de manier waarop de moeder de emotionele expressies van haar baby begrijpt. Op deze manier creëren we ruimte voor reflectie en voor het nadenken over alternatieve betekenissen van het gedrag van de baby. Dit gebeurt natuurlijk niet alleen tijdens de therapie-uren, maar ook bij de dagelijkse activiteiten op de afdeling.

REEDUCATION OF ONTWIKKELINGSBEGELEIDING EN HET VERSTERKEN VAN OUDERLIJKE VAARDIGHEDEN

Het aanleren van opvoedingsvaardigheden bij borderline-moeders vraagt enige uitleg. Pedagogische adviezen worden door moeders met een mentale processtoornis ofwel verkeerd begrepen, ofwel rigide en letterlijk toegepast (Rexwinkel & Verheugt-Pleiter, 2005). Rexwinkel en Verheugt-Pleiter schrijven dat het beter is non-directief te werken en deze moeders in eerste instantie zelf te laten zoeken naar oplossingen. Op onze afdeling ligt de klemtoon niet op het geven van pedagogische adviezen en op het aanleren van ouderlijke vaardigheden, maar meer op het bevorderen van het mentaliserend denken hierover. Anderzijds willen we deze moeders ook concreet houvast geven voor verantwoord ouderschap, door mondelinge en hand-in-handbegeleiding. Verschillende van deze moeders hebben immers zelf geen *good enough mothering* gekend. Ze voelen soms wel aan dat ze verkeerd bezig zijn, maar kennen geen alternatief omdat ze geen goed voorbeeld hebben gehad.

Stern (1994) beschrijft een typische psychische constellatie voor moeders in de postpartum-periode (*motherhood constellation*), die verschilt van andere klinische populaties en die om een eigen specifieke therapeutische omkadering vraagt (zie ook hoofdstuk 3.2 en 5.5). Angsten, onzekerheden en een verhoogde kwetsbaarheid zijn gerelateerd aan deze levensfase en vragen om een sterk begrip en ondersteunend therapeutisch kader (*holding en*

vironment) waarin de moeder zich veilig voelt om haar weg in het moederschap te vinden.

Werken met moeders en baby's houdt in dat wij aandacht moeten hebben voor zowel interpersoonlijke als intrapsychische aspecten van de relatie tussen de therapeut, de moeder en de baby. Verder moeten we zorg besteden aan zowel de verbale als de non-verbale communicatie. Het installeren van een *holding environment* bij borderline-moeders is echter niet eenvoudig en vraagt extra aandacht.⁴

Ontwikkeling van mildere interne werkmodellen

Veel borderliners hebben ten gevolge van een eigen voorgeschiedenis van afwijzing of mishandeling strenge negatieve interne werkmodellen ontwikkeld. Zij hebben de verwachting dat ook hulpverleners hen zullen afwijzen en terechtwijzen. Het is dus niet vanzelfsprekend dat onze goed bedoelde ondersteuning door hen zo ervaren wordt. Het is belangrijk dat wij hierop attent zijn en steeds opnieuw zoeken naar een afstemming met de moeder. Wanneer de moeder herhaaldelijk ervaart dat zij zich begrepen en niet veroordeeld voelt, zal zij op haar beurt mildere interne werkmodellen ontwikkelen richting de baby (Hopkins, 1993; Shirilla, & Weatherston, 2002; Fraiberg, 1980; Lenaerts & Docx, 2005). In dit opzicht vraagt ondersteuning een groot engagement van het team, en voldoende draagkracht en flexibiliteit van de teamleden.

Structuur en voorspelbaarheid als houvast

De relationele moeilijkheden, de stemmingswisselingen en de projectieve mechanismen van borderline-moeders manifesteren zich ook in de relatie met ons op de afdeling. Structuur, voorspelbaarheid en duidelijke afspraken zijn bij dergelijke moeders nodig om een teveel aan negatieve overdrachtsverschijnselen te voorkomen. Verder zijn reflectiemomenten met de teamleden noodzakelijk om ervoor te waken dat wij als team meegeleurd worden in de heftigheid van de emoties van de moeder. Daarnaast is het belangrijk dat we als team stevig genoeg blijven staan om te voorkomen dat de moeder uiteindelijk ook door ons afgewezen wordt.

Evenwicht in zorg voor de moeder en zorg voor de baby

Op een residentiële Moeder-Baby-Eenheid zijn wij vaak getuige van de negatieve bejegening van de moeder ten aanzien van haar baby. Instinctief krijgen wij redderfantasieën om de baby te beschermen tegen de intrusie en de negativiteit van

de moeder. Moeten we ingrijpen om de baby te beschermen of is het op een dergelijk moment belangrijker om de onrust en de innerlijke onrust van de moeder op te vangen? Hoe kunnen wij de baby beschermen zonder de moeder als moeder af te wijzen? En hoe kunnen wij de moeder die zich zo onveilig voelt in de relatie met ons steunen zonder mee te gaan in haar negatieve bejegening en intrusie richting de baby? Ook dit zijn vragen waarover wij als team dienen te reflecteren om een goed evenwicht te bewaren in de relatie tussen de moeder en haar baby.

Betrekken van de leefomgeving van moeder en baby

Preventieve hulp verlenen en protectieve factoren uitzetten voor de baby veronderstelt dat er een evenwicht geïnstalleerd wordt tussen draagkracht en -last van het gezin. Een moeder-kindbehandeling kan niet los gezien worden van de ruimere context van de leefwereld van de moeder en haar baby. Door de omgeving zoveel mogelijk te betrekken bij de behandeling, krijgen wij zicht op de veerkracht van en de risico's binnen het gezin, en op mogelijke protectieve factoren voor de baby. De behandeling van persoonlijkheidsproblematiek is een traag proces terwijl vanuit het perspectief van de baby de tijd dringt. Wanneer blijkt dat de moeder (nog) te weinig mogelijkheden heeft om een veilig hechtingsproces voor de baby toe te laten, is er behoefte aan een alternatief voor de baby. In sommige situaties is dit de vader van de baby. Een gezamenlijke opname van moeder en kind mag dit proces van groeiende hechting tussen de baby en zijn vader niet verstoren en wij zoeken naar maximale faciliteiten om dit proces te ondersteunen. Wanneer blijkt dat de baby niet gedijt bij zijn moeder op de Moeder-Baby-Eenheid, of de behandeling van de moeder-kindrelatie te weinig beterschap oplevert, wordt dit met de beide ouders besproken en wordt gezocht naar alternatieven.

Onze ervaring is echter dat de meeste opgenomen borderline-moeders geen vaste partner hebben en wij elders moeten zoeken naar beschikbare figuren die de baby op langere termijn voldoende continuïteit in de zorg kunnen geven. We tonen respect voor de moeder wanneer we eerlijk onze bezorgdheid over de baby bespreken. De meeste moeders kunnen hun onmacht en beperkingen en de consequenties hiervan voor de baby geleidelijk aan onder ogen zien en verdragen, en zijn bereid aanvaardbare alternatieven te zoeken. Het feit dat zij zich lieten opnemen, al dan niet onder externe druk, vormt hiervoor al een goede indicatie.

Overleg met andere betrokken hulpverleners – het liefst ook al vóór de opname – en het opbouwen van een zorgnetwerk op lange termijn is bij borderline-problematiek absoluut noodzakelijk. Een lange-termijnbehandeling die risicofactoren reduceert en zoveel mogelijk protectieve factoren voor het kind uitbreidt, is van cruciaal belang. Een moeder-kindopname is slechts een kleine schakel in een langdurig zorgtraject.

Integreren van de verschillende behandelaspecten

Een gezamenlijke opname van moeder en baby in de postpartum-periode vraagt om een geïntegreerd zorgconcept van volwassenenzorg enerzijds en kinder- en jeugdzorg anderzijds. De combinatie van beide expertises geeft de beste garantie op een meervoudige partijdigheid, die bij dergelijke problematiek aangewezen is om noch de kwetsbaarheid van de moeder noch de kwetsbaarheid van de baby uit het oog te verliezen.

Het moeder-kindteam is een uitgebreid multidisciplinair team. Ieder teamlid heeft een eigen therapeutisch contact en een specifieke focus in het therapeutisch proces. Sommigen zijn vooral bezig met het welzijn en het functioneren van de moeder, anderen richten zich zowel op de moeder en de baby individueel, als op de onderlinge afstemming. Nog weer anderen richten zich vooral op de opvang van de baby's. Het team werkt echter wel degelijk samen, in die zin dat er voortdurend gezocht wordt naar afstemming tussen de teamleden en naar het wederzijds ondersteunen van elkaars processen. In het teamoverleg proberen wij met alle teamleden, vanuit de diverse invalshoeken, een gezamenlijk verhaal van de gehele situatie te vormen, waarin de drie aspecten van het behandelkader aan bod komen. Hieruit worden behandeldoelen geformuleerd of wordt de behandeling bijgestuurd. We spreken af wie er wat opneemt, zodat de verschillende invalshoeken aansluiten bij elkaar, we elkaar niet voor de voeten lopen en dat het geheel verteerbaar is voor de moeder. Ook al is er een uitgebreid therapeutisch programma, elke individuele behandeling wordt in samenspraak met de moeder 'op maat' gemaakt.

Ook wanneer blijkt dat er geen verandering komt in de relatie tussen moeder en kind en er over alternatieven gesproken moet worden, is nauwe samenwerking tussen de teamleden van het allergrootste belang. De psychiater is vaak degene die de ongerustheid aankaart vanuit de problematiek van de moeder, terwijl de kindertherapeut dit zal doen vanuit de ontwikkelingsrisico's voor de baby. De verpleegkundigen zullen dit te doen vanuit hun

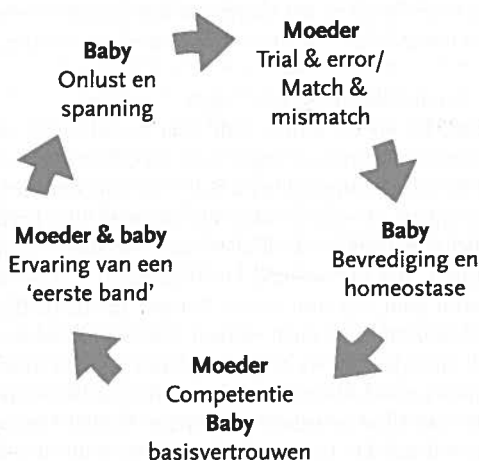
dagelijkse observaties. Ook dan bespreken wij wie van ons het best de boodschap kan brengen, opdat er ruimte komt om alternatieven voor moeder en kind te bespreken.

Nancy en Keara

Nancy en haar dochtertje Keara van vier maanden oud, worden samen opgenomen voor een postpartum-depressie met onderliggende persoonlijkheidsproblematiek. De ambulante zorg bleek niet meer voldoende en er dreigde gevaar voor de baby. Nancy heeft een voorgeschiedenis van emotionele afwijzing. Haar vader heeft zij nooit gekend. Zij is voornamelijk opgegroeid bij haar moeder, maar heeft zich door haar nooit begrepen gevoeld. De geboorte van Keara heeft deze vroege trauma's sterk doen herleven. De manier waarop Nancy over haar verleden spreekt wijst op een gedesorganiseerde, gepreoccupeerde gehechtheidsstijl (Nicolai, 2001a; Main & Solomon, 1986) waarin zij de situatie slechts vanuit haar eigen referentiekader kan plaatsen. Er is veel overspoelende boosheid tegenover haar moeder om wat deze haar allemaal heeft aangedaan. Nancy had gehoopt dat door de zwangerschap de relatie met haar moeder zou verbeteren, maar toch komen zij steeds weer met elkaar in strijd. Het kwetst haar enorm dat haar moeder nu wel aandacht aan Keara kan geven en dit brengt haar eigen verdriet en kwaadheid aan de oppervlakte: waarom heeft zij mij vroeger die aandacht niet gegeven?

Op de afdeling is snel merkbaar hoe onveilig Nancy zich voelt. De meest onschuldige opmerking wordt als kritiek beleefd. Aan de ene kant loopt zij op haar tenen en wil zij het voor iedereen goed doen om afwijzing te voorkomen, aan de andere kant is er sprake van een strenge bekritiserende blik naar de verpleging en de andere moeders. Zij geeft bij het geringste voorval commentaar op de anderen. Als de zaken niet lopen zoals zij verwacht of gewenst had, beleeft zij dit als herhaling van de vroegere afwijzing en reageert zij overmatig boos. Zij voelt zich voor de zoveelste keer niet begrepen. Op sommige momenten zien we dat Nancy veel met haar dochter bezig is. Ze heeft bij verzorgingsmomenten geen hulp nodig, maar beleeft geen plezier aan het contact met haar kind. Het contact is handelend, mechanisch, snel en bruut. Nancy beleeft Keara als een lastig kind dat niet wil luisteren. Als Keara niet reageert zoals zij wil, wordt zij boos op haar dochter. Het blijft bij verbale agressie, maar Nancy's verschijning moet beangstigend voor Keara zijn. Nancy brult tegen haar dochter en wij zien een zeer boze gelaatsuitdrukking die niet bij de actuele situatie past, maar alleen begrepen kan worden vanuit haar eigen angst voor afwijzing. Wanneer Keara niet reageert zoals zij verwacht, is dit voor Nancy een bevestiging van haar angst voor de afwijzing zoals zij die heeft ervaren met haar moeder. Op andere momenten merken wij hoe Nancy zelf haar dochter afwijst. Haar

Figuur 3: Reguleren in good-enough-omstandigheden.



stemming bepaalt volledig of en op welke manier Keara zorg en respons kan verwachten. Keara lijkt opgewekt en reageert zeer responsief. Zij neemt initiatief en reageert op contact met ons. Wij vragen ons af hoe wij dit kunnen begrijpen. Zijn er ook nog goede momenten geweest tussen moeder en dochter vóór de opname? Wij weten dat Keara veel wordt opgevangen door Nancy's moeder. Wil die via haar kleindochter herstellen wat vroeger in de relatie met haar dochter misgelopen is? Is dit de reden waarom de actuele relatie tussen Nancy en haar moeder in een dieptepunt zit? De grootmoeder is een belangrijke figuur voor Keara. Hoe kunnen wij dit voor Keara laten bestaan, zonder dat Nancy het gevoel krijgt dat haar moeder haar opnieuw afwijst?

Wanneer wij Keara beter leren kennen, merken wij een aantal ontwikkelingsrisico's. Haar schijnbare responsiviteit heeft ook een keerzijde. Zij is hyperalert en tast voortdurend de omgeving af. Het is alsof zij al paraat staat voor dreigend gevaar. Wij merken een te sterke spiertonus en geregeld overstrekt zij zich. Op sommige momenten begint zij plots zonder duidelijk aanwijsbare reden te krijsen. Keara is dan volledig in paniek en ontroostbaar.

De opname zal duidelijk maken in welke mate deze regulatieproblemen (spiertonus, affectregulatie) voortkomen uit een biologische predispositie of uit een verstoorde afstemming tussen moeder en dochter. De ontwikkeling van Keara op de afdeling zal ons ook leren wat het beste vervolgtraject is na haar ontslag.

De relationele dynamiek tussen het team, Nancy en Keara

In de driehoeksrelatie tussen Nancy, Keara en ons spelen allerlei inter- en intrapsychische aspecten op verbaal en non-verbaal niveau. We illustreren het dilemma tussen ingrijpen of laten gebeuren en

laten zien hoe elke interventie op zijn beurt een betekenis krijgt in het therapeutisch proces – eerst in een individuele sessie, en daarna op de afdeling.

Een individuele sessie

'Keara zit op de schoot van haar moeder. Ze zit kaarsrecht, leunt niet tegen haar moeder en houdt vanuit deze troonpositie (schuin naar moeder kunnen kijken, en schuin naar mij) de omgeving goed in het oog. Nancy vertelt over haar kwetsuren, haar verdriet, machteloosheid en kwaadheid. Zij heeft daarbij geen oog voor Keara. Ik merk dat de heftigheid waarmee zij haar verhaal brengt mij achterover doet leunen. Ik voel dat ik wat afstand moet nemen om niet meegesleurd te worden in de intensiteit van haar negatieve gevoelens. Terwijl Nancy haar verhaal aan het vertellen is, vraag ik me af wat dit nu allemaal voor Keara moet betekenen. Wat mij doet terugdeinzen is blijkbaar voor Keara al een vertrouwd gebeuren. Zij schrikt blijkbaar niet, maar blijft wel schrap zitten.

Op een gegeven moment kijkt Keara mij aan. Ik voel dat ik nu iets moet doen. Wat kan ik doen om haar te beschermen tegen de spanning van haar moeder? Hoe kan ik Nancy duidelijk maken dat ik haar begrijp, dat ik met haar meevoel, maar dat ook Keara niet anders kan dan haar spanning voelen? Hoe kan ik dit doen zonder dat Nancy zich afgewezen voelt? Ik besluit Keara uit de armen van Nancy te nemen. Ik doe dit heel traag, hiermee impliciet toestemming vragend aan haar en aan Keara. Keara laat het gebeuren en schrikt niet wanneer ik haar opneem. Ik houd oogcontact met Nancy om een eventuele afwijzing te observeren. Ik leg Keara op een dekentje op de grond tussen ons in – haar op schoot nemen zou veel te bedreigend voor Nancy zijn. Ik wil juist wat afstand tussen haar en Keara creëren op het moment dat zij het zo moeilijk heeft. Ik wil haar ook de boodschap geven dat haar sterke agitatie een weerslag heeft op Keara. Moeder en dochter laten dit gebeuren. Ik merk dat Nancy zich bij mijn interventie niet afgewezen voelt en dat zij blijkbaar kan accepteren dat zoveel spanning niet goed is voor Keara. Dit wordt duidelijk uit het vervolg van haar verhaal en de therapeutische sessie. Nancy vertelt dat ze zich zorgen maakt. Zij voelt zich een slechte moeder. Ze is bang dat ze het al verbruid heeft en dat zij gewoon dezelfde weg opgaat als haar eigen moeder. Ze is bang dat Keara haar hiervoor zal afwijzen. Tijdens dit verhaal verandert haar lichaamshouding. Ze is minder geagiteerd dan in het begin van de sessie en ze lijkt rustiger. Ik krijg een (voorlopig) mandaat om te mogen werken aan verbetering van de relatie

met haar dochter, maar tegelijkertijd voel ik dat haar koordansen zal blijven om dit mandaat te mogen behouden.'

Dynamiek op de afdeling: ingrijpen of laten gebeuren?

Psychotherapeutische sessies zijn afgebakend in tijd en ruimte. Op de afdeling is dit echter anders. Ten eerste zijn er op de afdeling meer stressfactoren aanwezig en is kans op vijandige bejegening groter. Verpleegkundigen en kinderverzorgster zijn dus ook meer overgeleverd aan de soms onvoorspelbare stemmingswisselingen van Nancy. Een ander verschil is dat op de afdeling andere moeders medegetuigen zijn van gebeurtenissen. Terwijl een psycholoog/psychotherapeut in een individuele sessie de negatieve bejegening voor zichzelf vasthoudt, maar de terugkoppeling liever nog even uitstelt in het belang van het therapeutisch proces, is dit voor de verpleging op de afdeling anders door de aanwezigheid van groepsdynamische aspecten. Wanneer een moeder afwijzend of vijandig is richting haar baby en de verpleging niet ingrijpt, wat is daarvan dan de betekenis voor de andere moeders? Kunnen zij nog vertrouwen in een team dat zo iets laat gebeuren?

Een derde punt is de verschillende rol van de verpleegkundige/kinderverzorgster en de psycholoog. Als psycholoog nemen wij geen zorg over. Wij houden wat dit betreft een zekere afstand in acht. De verpleging en de kinderverzorgster nemen wel de zorg voor de baby van de moeder over wanneer zij dat (nog) niet kan of wanneer zij zich te slecht voelt. Wanneer zij tussenbeide komen in het belang van de baby, ervaren borderline-moeders dit vaak als een afwijzing. Zij voelen zich bekritiseerd en waardeloos en brengen dit onvermijdelijk terug in de relatie. Maar wanneer de verpleegsters en de kinderverzorgsters niet ingrijpen, doen zij de baby tekort en voelt de verpleging zich 'mede-mishandelaar'. Ingrijpen in dergelijke situaties is nodig, maar kan niet gebeuren zonder dat de betekenis van de interventie aan de moeder wordt uitgelegd. Wanneer de moeder zich door de interventie afgewezen voelt of kwaad wordt, is het belangrijk dat deze gevoelens gerespecteerd worden. Dit creëert een mogelijkheid om te reflecteren over de gevolgen van haar gedrag voor de baby en diens innerlijke wereld. Bij Nancy is de verpleging er verschillende keren tussengekomen. We kozen enkele fragmenten uit de neerslag van het dagelijkse overleg dat de verpleegkundigen hebben om de dynamiek in de driehoeksrelatie te illustreren.

'Nancy zegt vandaag een betere dag te hebben. Ik merk duidelijk dat zij weinig geduld heeft met Keara als deze zeurderig is. Zij weet dan geen raad met haar en is prikkelbaarder. Zucht en puft veel. Bij het overnemen van Keara voelt zij zich slecht, heeft schuldgevoelens. Als Keara bij de verpleging even stiller is, vreest Nancy dat Keara haar niet moet en voelt zij zich afgewezen.' In dit voorbeeld heeft de interventie een reflectiemoment bij de moeder teweeggebracht. Door haar angsten te verwoorden aan de verpleegster, kon zij nadien rustiger omgaan met de baby.

'Nancy kan niet stoppen met huilen. Wil niet in de voetsporen van moeder belanden. Wil Keara 'de rekening' niet geven en zij ondervindt dat zij dit wel doet. Fruithapje van Keara overgenomen. Nancy is erbij komen zitten. Nadien nog wat tijd voor zichzelf kunnen nemen. Tegen de avond ging het veel beter met Nancy. Kon weer nieuwe energie steken in Keara en fijne momenten beleven.'

In dit voorbeeld is de interventie voor de baby gepleegd nadat de moeder de verpleegster verteld had over haar angsten en onrust. Het overnemen van de zorg voor Keara heeft de moeder als steunend ervaren, waarop zij weer op een responsieve manier met Keara kon omgaan.

'Nancy heeft in de namiddag gerust terwijl Keara sliep. Veel gepraat. Schrijnend contrast tussen wat zij allemaal zegt belangrijk te vinden voor kinderen, en wat zij zelf aan Keara aanbiedt!!! Nancy heeft de reflex om Keara direct in de box te leggen en zelf andere dingen te doen. Zelfs wanneer ik reageer op leuke geluidjes die Keara maakt of op hoe zij aan het spelen is, neemt Nancy hier niet snel iets van over. Wanneer ik expliciet het leuke gedrag van Keara tegenover Nancy benoem, beaamt zij dit wel. 's Avonds voor de tv heeft ze wel weer een tijd Keara op schoot gehad. Dit was een aangenaam moment.'

De verpleging heeft hier zelf initiatief genomen om in aanwezigheid van de moeder met Keara te spelen, maar heeft Nancy als moeder gerespecteerd. Doordat Nancy zich niet bedreigd heeft gevoeld, kon de verpleging als rolmodel optreden.

Nancy en Keara na drie maanden op de Moeder-Baby-Eenheid

Nancy en Keara zijn drie maanden op de afdeling gebleven. Bij ontslag kan Keara zichzelf beter reguleren: de spiertonus is meer aangepast bij haar leeftijd. In plaats van zich schrap te zetten op de schoot van haar mama ligt zij nu ontspannen tegen haar aangeleund. Er is een betere *holding-molding* (Winnicott, 1956; Vliegen & Cluckers, 2001). De

verbeterde afstemming heeft op korte termijn de motorische regulatie bij Keara verbeterd. Verder zien we minder overstrekken en paniekaanvallen en verloopt Keara's affectregulatie beter. Ook de manier waarop Nancy naar Keara kijkt, is veranderd. In een van de laatste sessies vertelt Nancy dat 'Keara gelukkiger is geworden, zij doet niet meer zo lastig'. Zij vertelt ook wel ergens te voelen dat Keara om haar geeft. Ze wordt zachter en sensitiever naar Keara en beleeft haar positiever dan bij het begin van de opname. Toen vond ze haar dochter een 'lastig' kind.

Voor Nancy heeft de opname op de Moeder-Baby-Eenheid de negatieve spiraal tussen haar en haar dochtertje doorbroken. Uiteraard blijft de borderline-problematiek aanwezig, zijn er nog sterke stemmingswisselingen en kan een kleine ontregeling nog steeds veel stress en negativiteit uitlokken. Deze emoties zijn echter beter bespreekbaar en Nancy kan deze ook al wat meer bij zichzelf plaatsen en minder op Keara projecteren. Niettemin vrezen wij dat bij stress de oude patronen tussen haar en Keara snel kunnen terugkomen. Een ambulante ondersteuning op lange termijn is absoluut noodzakelijk om dit te voorkomen. De opname op de Moeder-Baby-Eenheid is slechts een kleine schakel in een breder therapeutisch ondersteuningsproces, waarbij ondersteuning van de moeder, bijkomende opvang van de baby en het ondersteunen van het contact tussen de moeder en de baby belangrijk zullen blijven.

Door gesprekken met Nancy en haar moeder (in deze casus was er ook nog voldoende positieve betrokkenheid en verbondenheid tussen moeder en dochter, waardoor gezamenlijke gesprekken constructief waren) kon Nancy haar verleden ook vanuit andere perspectieven zien. Deze gesprekken waren tevens noodzakelijk omdat grootmoeder een protectieve factor voor de baby kon zijn. Nancy kon naar het verhaal van haar moeder luisteren en zien dat haar moeder het ook niet makkelijk had gehad en op haar manier heeft moeten overleven met haar dochter, zoals zij nu ook probeert te doen met Keara. In moeders verhaal kon Nancy horen dat haar moeder al een hele weg heeft afgelegd en nu stabiel is in relaties en werk, en ook in de zorg voor Keara. Nancy kon de zorg en betrokkenheid van haar moeder voor Keara nu ook meer zien als ondersteuning en minder als een bedreiging.

Onze therapeutische grenzen

Voor een geïntegreerde moeder en baby-behandeling zijn een aantal voorwaarden noodzakelijk, zoals een minimaal reflectief vermogen bij de moe-

der en de bereidheid hier verder aan te werken. In de beschreven casus was de moeder gemotiveerd voor opname en was zij in staat tot reflectie. Nancy kon het gedrag van haar baby niet begrijpen als een intentie vanuit de baby zelf en zij projecteerde haar eigen kwetsuren op de baby, maar zij kon toch enigszins deze verstoring in de afstemming aanvoelen. Dit mede door de ambulante ondersteuning die ze al voor de opname had. Verder hebben wij hier ook iets kunnen veranderen in het ruimere gezinssysteem, meer bepaald in de relatie met haar moeder, die ons belangrijk leek omdat de grootmoeder ook na de opname een belangrijke hechtingsfiguur voor Kears bleef. De moeder-kindopname is in dit geval een kleine schakel geweest in een veel groter proces, maar de opname heeft een destructief patroon tussen de moeder en haar baby doorbroken en mogelijkheden gecreëerd voor een gezondere afstemming tussen moeder en dochter, iets wat een helende werking op beiden heeft gehad.

Een andere voorwaarde is dat het gedrag van de moeder hanteerbaar moet blijven op een 'open' afdeling. De Moeder-Baby-Eenheid is een afdeling met een open behandelingsklimaat. De moeders leven in de groep, maar er is een maximaal respect voor de autonomie en het eigen proces van de individuele moeder. Dit kan slechts wanneer de moeders genoeg veiligheid, voorspelbaarheid en rust op de afdeling kunnen ervaren. Teveel *acting out*-gedrag op een Moeder-Baby-Eenheid verstoort de therapeutische omkadering van een *holding environment*, die nodig is voor deze kwetsbare groep moeders en baby's.

Ook moet er evenwicht zijn tussen draagkracht en draaglast van het team. Borderliners op de afdeling vragen een groot engagement van het team: naast draagkracht moeten de teamleden ook over de nodige flexibiliteit en een sterk aanpassingsvermogen beschikken. Behandeling van moeders met borderline-problematiek en hun baby gaat soms gepaard met sterke negatieve tegenoverdrachtverschijnselen, die het team moet kunnen dragen en verteren. Ten eerste zullen deze moeders de eigen tekortkomingen bij de verpleging leggen en zullen zij de verpleging makkelijk beschuldigen van slechte zorg voor de baby. Ten tweede roept het getuige zijn van negatieve bejegening van de moeder naar de baby heel wat negatieve emoties op. Wanneer wij voor deze moeders een *holding environment* op de afdeling willen bieden, zullen ook voor de teamleden draagkracht en -last in evenwicht moeten zijn. Wanneer wij zelf angstig en onzeker worden of wanneer wij de negatieve gevoelens niet

meer kunnen dragen, dan versterken wij de angst voor afwijzing bij deze moeders en ontstaat er ook op de afdeling een negatieve spiraalbeweging. Er is, kortom, voldoende ruimte nodig voor reflectie over de relaties die zich afspelen tussen teamleden, vader, moeder en baby, zodat wij grip houden op wat er gebeurt en goede zorg kunnen blijven bieden. Ook moeten alle teamleden zich voldoende veilig en begrepen voelen in het team. Het is enkel wanneer elk individueel teamlid zich veilig voelt in het team, dat er ruimte is eigen negatieve gevoelens ten gevolge van de tegenoverdracht bespreekbaar te maken. Intervisiemomenten kunnen helpen om afstand te nemen van de hier-en-nu-relatie met de moeder, en om grip te blijven houden op het proces dat zich afspeelt op de afdeling. Tot slot mag ook een portie humor zeker niet ontbreken om frustraties verteerbaar te maken.

Literatuur

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy and Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bruschweiler-Stern, N. (2004). A multifocal neonatal intervention. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum (Eds), *Treating parent-infant relationship problems*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Cassidy, J., & Mohr, J. (2001). Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 275-298. Vertaald door Ph. Spinhoven (2003). Onoplosbare angst, trauma en psychopathologie: theorie, onderzoek en ideeën over de behandeling van gedesorganiseerde hechting in de hele levensloop. *Toegang tot de psychotherapie internationaal* 11(2), 123-156.
- Crandell, L., Matthew P., & Hobson, P. (2003). 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 239-247.
- Crandell, L., Matthew P., & Hobson, P. (2004). Borderline moeders en 'still-face'. The internet version. <http://www.psychanalytischinstituut.nl/popup/crandell.html> (geraadpleegd 10 juni 2004).
- Danon, G., Rosenblum, O., & LeNestour, A. (2004). Borderline Mothers and Their Infants: Early Interactions. The internet version. <http://www.acat.org.uk/32057.htm> (geraadpleegd 15 mei 2004).
- Degraeve, G., Bauwens, H., Lenaerts, M., & Mertens C. (2006). Psychiatrische problemen na de bevalling: handvatten voor benadering en behandeling. *Psychopraxis* 8(3), 111-115.

- Docx, R. (2001). De kinderen van Salomon. In N. Vliegen & C. Leroy (eds.), *Het moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie*. Leuven: Acco.
- Egeland, B., & Erickson, M. (2004). Lessons from steep. Linking theory, research and practice for the well-being of infants and parents. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum (eds.), *Treating parent-infant relationship problems*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Fraiberg, S. (ed.) (1980). *Clinical Studies in Infant Mental Health. The first year of life*. New York: Basic Books.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 48(4), 1129-1146. Vertaald: J. Van de Sande (2004). Hechting en borderline-persoonlijkheidsstoornis. *Toegang tot de psychotherapie internationaal*, 12(2), 133-151.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organisation. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. London/New York: Karnac.
- Gael, M. van (2002a). De missing link tussen trauma en borderline problematiek. Een benadering vanuit de hechtingstheorie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 5, 365-382.
- Gael, M. van (2002b). 'Moeilijke klanten'. De borderline-patiënt in de gezondheidszorg. *Tijdschrift Psychiatrie en verpleging*, 3, 165-182.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: A clinical perspective. The internet version. Attachment & Human Development ISSN 1461-6734 print/ 1469-2988 online. <http://www.tandf.co.uk/journals>
- Hopkins, J. (1993). Psychotherapie met heel jonge kinderen en hun ouders. *Psychotherapeutisch Paspoort*, 1, 6, 5-20.
- Larrieu, J., & Zeanah, Ch. (2004). Treating parent-infant relationships in the context of maltreatment. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum (eds.), *Treating parent-infant relationship problems*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Lenaerts, M., & Docx, R. (2005). De Moeder-kindrelatie bij psychiatrische problematiek in de postpartumperiode. Enkele krachtlijnen van een vroegijldige interventie. *Tijdschrift voor Familietherapie*, 11(1), 3-30.
- McDonough, S. (2004). Interaction guidance. Promoting and nurturing the caregiving relationship. In A. Sameroff, S. McDonough & K. Rosenblum (eds.), *Treating parent-infant relationship problems*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new insecure-disorganized-disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton & M.W. Yogman (red.), *Affective development in infancy* (pp.95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Nicolai, N.J. (2001a). Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 5, 333-342.
- Nicolai, N.J. (2001b). Hechting en psychopathologie: de reflectieve functie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43(10), 705-714.
- Schore, A. (2001). Minds in the making: attachment, the self-organising brain, and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 17(3), 299-328. Vertaald door M. Nijhoff-Huijsse (2003). De geest in ontwikkeling: hechting, het zichzelf organiserende brein, en op ontwikkeling gerichte psychoanalytische psychotherapie. *Toegang tot de psychotherapie internationaal*, 11(1), 5-44.
- Rexwinkel, M.J. (2003). Infant resarch en ontwikkelings-therapie. In J.E. Verheugt-Pleiter, M.G.J. Schmeets & A.P. Schut (red.), *Anders en toch hetzelfde. Psychoanalytische ontwikkelingstherapie met kinderen*. NPI-reeks, Assen: Van Gorcum.
- Rexwinkel, M.J., & Verheugt-Pleiter, J.E. (2005). Mentaliseren bevorderende ouderbegeleiding. In J.E. Verheugt-Pleiter, M.G.J. Schmeets & J. Zevalkink (red.), *Mentaliseren in de kindtherapie. Leidraad voor de praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Sameroff, A. (2004). Ports of Entry and the dynamics of mother-infants interventions. In A. Sameroff, S. McDonough & K. Rosenblum (eds.), *Treating parent-infant relationship problems*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Schmeets, M.G.J. (2005). Theoretische concepten. In J.E. Verheugt-Pleiter, M.G.J. Schmeets, & J. Zevalkink (red.), *Mentaliseren in de kindtherapie. Leidraad voor de praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Shirilla J.J. & Weatherston D.J. (Eds) (2002) *Case studies in infant mental health. Risk, Resiliency, and Relationships*. Washington DC: zero to three.
- Stern, D. (2004). The motherhood constellation. In A. Sameroff, S. McDonough, & K. Rosenblum, *Treating parent-infant relationship problems*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Trimbos-instituut (2006). *Wat is borderline?* The internet version. <http://www.trimbos.nl/default1736.html> (geraadpleegd op 9 januari 2006).
- Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid (2006). *Borderline. Als het evenwicht zoek is*. The internet version. <http://www.geestelijke-gezondheid.be/zibe2.html> (geraadpleegd op 9 januari 2006).
- Vliegen, N., & Cluckers, G. (2001). Babyobservatie en therapeutisch proces. Van een historisch perspectief naar een actueel verband. In N. Vliegen & C. Leroy (eds.), *Het moederland? De vroegste relatie tussen moe-*

- der en kind in de psychoanalytische therapie. Leuven: Acco.
- Vliegen, N. (2006). *Personality and affective relational dynamics in early motherhood and in mother-infant interactions. Theoretical, empirical and clinical perspectives*. Leuven: Academisch Proefschrift K.U. Leuven.
- Winnicott, D.W. (1956). Primary maternal preoccupation. In D.W. Winnicott (ed.), *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis* (pp.300-305). London: Tavistock.
- Watillon A. (2005) De hobbelige weg van gevoelens en gedachten en van lichaam naar geest. Lezing gehouden op Studiedag (Be)Vallen en Opstaan naar aanleiding van het 20-jarig bestaan van de Moeder-Baby-Eenheid van P.C. Bethanië op 18 november 2005.
- Noten**
- 1 Deze tekst is de neerslag van een lezing op het symposium van de Moeder-Baby-Eenheid van het P.C. Bethanië op 5 mei 2006 'Moeder-kindrelatie bij depressie en persoonlijkheidsproblematiek. Mogelijkheden voor vroege interventie.', en is eerder gepubliceerd in Vliegen N. & Leroy C. (red.) (2008) *Horen, zien en spreken. Psychoanalytisch werken met baby's en ouders*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
 - 2 Het doctoraatsonderzoek van Nicole Vliegen (2006) geeft een uitgebreid overzicht van literatuur en onderzoeksgegevens.
 - 3 De meest voorkomende postpartumsyndromen zijn postpartumdepressie en -psychose. Daarnaast is er tijdens deze periode ook een verhoogde kans op heropleving van persoonlijkheidsproblematiek.
 - 4 Zie ook ondermeer de volgende auteurs. Zij beschrijven enkele aspecten van de therapeutische relatie in de context van multi-probleemgezinnen en gezinnen met kindermishandeling (McDonough, 2004; Egeland & Erickson, 2004; Larrieu & Zeanah, 2004; Shirilla & Weatherston, 2002; Fraiberg, 1980)