

Moeder & Baby in de psychiatrie; een kwetsbare combinatie

Marja J. Boon-Hoogendijk

Verpleegkundige zorglijn ziekenhuis- en zwangerschapgerelateerde psychiatrie

Erasmus MC Rotterdam, afdeling Psychiatrie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam

Inleiding

Ogen vol met angst kijken mij aan. Kijken langs mij heen, uit het raam. Haar blik richt zij op het dak van het tegenoverstaande gebouw. Ze vraagt met zachte stem wat die mensen daar doen. Ik draai mijn hoofd om, kijk naar het dak en zie niets. Ik draai mijn gezicht weer naar de vrouw toe. Mijn ogen dwalen naar beneden. Naast haar stoel staat een Maxi-Cosi. Twee grote ronde ogen in een klein gezichtje kijken zoekend de wereld in. Het hoofdje komt in beweging, huilgeluidjes klinken in de kamer. Vader, die aan de andere kant van de baby zit, kijkt mij vragend aan. Hij heeft donkere kringen onder zijn vermoeide ogen.

Vader is zichtbaar uitgeput. De afgelopen negen dagen is hij dag en nacht bezig geweest. Zorgen voor zijn vrouw en hun eerste baby. Zijn vrouw die continu bezig was met de borstvoeding, hier volledig in op ging en het aantal voedingen dagelijks ophoogde. Aan slapen kwam zij niet toe, zij bleef bezig met het ordenen van kasten, wat nog meer chaos tot gevolg had. Wanneer hij zijn vrouw hier op aansprak of vermaande tot rust reageerde zij toenemend geagiteerd. Zij werd dagelijks meer verward. Gaf aan het idee te hebben achtervolgd te worden in haar eigen huis. Via de televisie kreeg zij hierover bericht. Het journaal was dan ook met name voor haar bestemd. Toen zij vertelde dat haar baby niet van haar is maar van de buurvrouw die drie maanden geleden is bevallen, besloot vader dat het zo niet langer ging. In overleg met andere familieleden werd besloten om de baby bij grootouders onder te brengen. Op dat moment ging het mis, het liep uit op een handgemeen. Professionele hulp werd ingeschakeld. Zij werd verwezen voor opname met een inbewaringstelling.

Nu zitten ze hier, op de afdeling psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam. Ik voel de machteloosheid van moeder en vader, wat ook mij een gevoel van onmacht geeft. Deze moeder kan op dit moment niet ingaan op de behoefte van haar baby. Het huilen van dit kleine kindje lijkt zij zelfs niet op te merken. Zij kan niet zelfstandig voor haar baby zorgen. Moeder is het contact met de werkelijkheid kwijt, zij maakt een postpartum psychose door. Ik richt mij op de baby. Probeer het met mijn stem gerust te stellen. Het mondje maakt sabbelgeluidjes. Vader vertelt dat het tijd is voor een voeding. Ik stel voor dat we de baby naar de babykamer brengen. Vader wekt de indruk dat er een last van zijn schouders valt wanneer hij zijn baby hier achter kan laten met de boodschap dat hij te allen tijde binnen kan komen. Ik observeer dat moeder dusdanig bezet is met haar gedachten en belevingen dat zij opdrachten nodig heeft om de zorg voor haar baby verantwoord uit te voeren. Ik praat tegen de baby terwijl moeder bezig is met verschonen, benoem wat zij doet. Ik voel en zie de kwetsbaarheid van deze situatie: Een kraamvrouw met ernstige psychiatrische klachten die binnen haar mogelijkheden van het moment probeert te zorgen voor haar baby van twee weken oud.

Wat kan ik de moeder, haar baby en haar partner als verpleegkundige tijdens deze moeder-baby opname bieden?

Moeder-baby opname

Op de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC Rotterdam kunnen moeders met psychiatrische problemen samen met hun baby tot de leeftijd van 6 maanden worden opgenomen. De baby verblijft tijdens de opname in een afgesloten ruimte op de afdeling die ingericht is voor het verblijf en de verzorging van maximaal vijf baby's. De doelen van een moeder-baby opname zijn behandeling van de psychiatrische problematiek van de moeder en het optimaliseren van de interactie tussen beiden. Gedurende de opname verzorgt moeder daarom zoveel als mogelijk en verantwoord haar baby. Aan het begin van de opname zal de moeder de zorg voor haar baby uitvoeren onder directe begeleiding van een verpleegkundige. Deze éénopéén begeleiding wordt ingezet om moeder te ondersteunen en te structureren in de zorg voor haar baby. Daarnaast heeft moeder hulp nodig om de signalen die de baby afgeeft te herkennen, te interpreteren en daarnaar te handelen. Rust, reinheid en regelmaat zijn van grote waarde voor zowel moeder als baby. Voor moeder betekent dit dat de avond-, nacht- en eerste ochtendvoeding van de baby aan het begin van de opname overgenomen worden, zodat moeder een goede nachtrust heeft. In de loop van de opname neemt moeder in toenemende mate de zorg voor haar baby op zich en neemt de verpleegkundige meer afstand in het begeleiden zodat moeder uiteindelijk zelfstandig voor haar baby zorgt.

Zorg voor moeder op de afdeling

Moeder vertoont op de afdeling een 'klassiek' postpartum beeld. Zij heeft perioden van ernstige verwardheid die afgewisseld worden met korte adequatere momenten. Haar psychotische klachten en drukke gedrag nemen zichtbaar toe door de prikkels die zij krijgt door het groepsprogramma te volgen. Er wordt een individueel rustprogramma voor haar gemaakt met veel momenten op haar prikkelarme slaapkamer. Wanneer moeder op de groep komt, blijft zij bij de verpleegkundige 'in beeld', zodat ingespeeld kan worden op toenemend druk of grensoverschrijdend gedrag.

Zij is juist die ene vrouw op de 1000 vrouwen die post partum een psychose doormaakt. Van dit ernstige ziektebeeld zijn de eerste symptomen veelal in de eerste week na de bevalling te zien. Na enkele symptoomvrije dagen ontstaan er bijvoorbeeld slaapstoornissen, prikkelbaarheid, ontremming en achterdocht. Vervolgens ontstaan er psychotische verschijnselen zoals verwardheid, hallucinaties, wanen, gestoorde realiteitsbeleving en symptomen van manie of depressie. De kans op agressie naar de baby en op suïcide is toegenomen. Vanwege de ernst van het ziektebeeld is opname vrijwel altijd nodig.ⁱ

Op de afdeling observeer ik moeder. Wanneer ik haar slaapkamer binnenkom zie ik dat het bed voor het raam is geschoven. Ze zit op bed. De spullen die ze heeft, liggen uitgestald om haar heen. De foto

van haar baby heeft zij in haar handen. Als ik haar vraag hoe het gaat, kijkt zij mij met onrustige, droevige ogen aan. Emotioneel antwoordt ze dat de baby op de foto niet haar baby is. De oogjes van de baby zijn de ogen van de buurvrouw. De buurvrouw die zij vanmorgen op tv zag. Moeder spreekt verder. Met oprechte interesse luister ik naar haar, mezelf realiserend hoe angstig zij moet zijn door deze gedachten en belevingen. Ik spreek haar niet tegen. Ik bied realiteit, vertel haar over het 'hier en nu'. Dit geeft haar rust en houvast. Ik geef haar de voorgeschreven medicatie. Ik merk dat moeder toe is aan rusten. Laverend tussen haar wens om nog een activiteit te doen en mijn wens dat zij gaat rusten, komen we tot een compromis. Dit heeft mijn voorkeur boven een directieve benadering waarbij moeder geen keuze wordt gelaten, om haar zo nog enig gevoel van autonomie te geven in een omgeving waar zij al veel hiervan heeft moeten inleveren. We spreken af dat ik haar over een uur zal wekken, het is dan tijd voor een voeding van de baby.

Zorg voor moeder op de babykamer

Op de babykamer observeer ik moeder in haar moederrol. Hoe reageert zij op haar baby? Maakt moeder oogcontact? Is moeder in staat om naast de technische handelingen aandacht te hebben voor de baby? Ondersteunt moeder de baby voldoende tijdens optillen en verplaatsen? Is zij in het contact met de baby *intrusief*, opdringerig of toont zij respect voor de eigenheid van de baby? Toont de moeder zich *sensitief*, invoelend tegenover de baby? Is er sprake van *vijandigheid* in het contact? Bied de moeder *structuur* door verbaal dingen te introduceren en af te ronden?ⁱⁱ De eerste periode van de opname is moeder met name met zichzelf en de dingen die gebeuren in haar nabije omgeving bezig. Zij heeft hierdoor minder oog voor de signalen die de baby afgeeft. Het is duidelijk dat zij nog veel kan groeien in het contact met de baby. De éénopéén begeleiding is niet overbodig. Ik geef haar tips, ondersteun in de technische verzorging, wijs op het contact dat de baby met haar probeert te maken om zo de moeder/kind interactie te optimaliseren. Per keer maak ik een inschatting of het wijzen op het contact dat de baby probeert te maken moeder niet nog meer bevestigt in haar onmogelijkheden van het moment. Wanneer hier sprake van is, dan betekent dit dat ik naast moeder ga zitten, de veiligheid van de baby waarborg en hierbij verdraag hoe zij met de baby omgaat. Dit om te voorkomen dat de onzekerheid over het moederschap bij haar toeneemt. Daarnaast probeer ik op deze manier aansluiting bij haar te vinden, om van daaruit het vertrouwen in haar moederschap te helpen laten groeien.

Zorg voor de baby

Op de babykamer observeer ik de baby. Hoe reageert deze op moeder? Probeert de baby oogcontact te maken met moeder? Wanneer dit lukt, wat is de reactie van de baby? Lukt dit niet, wat doet de baby dan? Laat de baby ongenoegens merken en zo ja, voor hoe lang? Is de baby te troosten bij verdriet? Neemt de baby initiatief om contact met moeder te maken? Hoe reageert de baby op derden, betreft het hier moeder bij? Hoe zit het met de motorische ontwikkeling van het kindje? Maakt de baby een ontspannen of juist een gespannen indruk? Ik beoordeel of de baby zich richt op moeder tijdens het contact tussen hen, of er sprake is van interactie. Dit interactiegedrag hangt samen met de ontwikkeling van een relatie tussen ouder en kind.ⁱⁱⁱ Deze relatie is de basis van waaruit de baby zich gaat ontwikkelen. Ook het gevoel van 'zelf' en het gevoel van 'zelf' in relatie tot anderen ontwikkelt

zich vanuit deze relatie.^{iv} Een relatie van grote waarde! Wanneer tijdens de opname blijkt dat moeder voor langere tijd de baby niet kan bieden wat deze nodig heeft om zich optimaal te kunnen hechten, wordt de vraag vanuit de afdeling bij het steunsysteem neergelegd wie een hechtingspersoon voor de baby kan zijn. Op deze manier kan de baby een start maken met het opbouwen van een relatie met één vast persoon, een 'ouder'-kind relatie opbouwen om zich van hieruit te gaan ontwikkelen.

Zorg voor de partner

Op de babykamer zie en ondersteun ik de partner. Hij wordt gedurende de opname uitgenodigd om zoveel hij kan en wil de zorg voor de baby te doen, al dan niet samen met moeder. Ik bied hem ondersteunde gesprekken waarin ik aandacht heb voor zijn eigen welbevinden en voor zijn vragen. Vragen als: Hoe kan het dat mijn vrouw die in het dagelijks leven psychisch stabiel is, nu zo ziek is? Wat is de oorzaak hiervan, komt het door hormonen? Wordt mijn vrouw weer helemaal beter? Is zij in staat om in de toekomst weer zelfstandig voor de baby te zorgen? Hoe lang gaat de opname duren? Ik geef vader uitleg over het ziektebeeld en het verloop van de postpartum psychose. Het krijgen van een eerste kind blijkt een belangrijk risicofactor te zijn voor het krijgen van een psychose.^v Vader kan gerustgesteld worden dat zijn vrouw van deze psychose volledig zal genezen en in de toekomst weer zelfstandig in de thuissituatie voor de baby kan zorgen. Hij krijgt uitleg over het opnamebeloop en het ontslag, dat moeder middels verlof aan de thuissituatie gaat wennen, dat de opnameduur gemiddeld 40 dagen is.^{vi} Ik bespreek de mogelijkheid van gespecialiseerde gezinsverzorging na ontslag uit het ziekenhuis. Thuis zal merkbaar zijn dat het nog tijd kost om verder te herstellen, dat moeder haar dagelijks leven niet direct zoals zij en vader voorheen gewend waren, kan oppakken.

Psycho-educatie

Het gaat beter met moeder. De medicamenteuze behandeling, bestaande uit rustgevende medicatie, antipsychotica en een stemmingsstabilisator, slaat aan. Ook de duidelijke structuur van de afdeling heeft hier aan bijgedragen. Moeder vertelt mij dat zij bij toenemende vermoeidheid nog (rand)-psychotische klachten heeft. Ze bemerkt aan zichzelf dat dan de omgevingsgeluiden harder binnenkomen, dat het haar meer energie kost om zich te concentreren op taken en dat opnieuw de gedachten opspelen dat het nieuws speciaal voor haar bestemd is. Ik stel met haar een signaleringsplan op. We onderzoeken hoe zij hiermee om kan gaan, wat en welke situaties zij beter uit de weg kan gaan omdat zij ervaren heeft dat dit haar, op dit moment nog wankel evenwicht, kan verstoren. We bespreken wat zij zelf kan doen om haar evenwicht te bewaren en hoe zij hierin ondersteund kan worden door hulpverleners en naastbetrokkenen. Een ander gespreksonderwerp is het schuldgevoel wat moeder naar haar baby ervaart door de achterliggende periode. Zij kan haar gevoelens uiten in het gesprek en wordt gesteund. Zonder haar gevoelens tekort te doen, wijs ik haar op de groeiende band tussen haar en haar baby. Ik geef haar psycho-educatie over postpartum psychose in de vorm van een folder en een aantal gesprekken. Hierin leg ik haar de algemene kenmerken en het beloop van een postpartum psychose uit en krijgt moeder de mogelijkheid om te reflecteren op haar eigen doorgemaakte psychose. Ook vader wordt hierin betrokken, hij krijgt een uitnodiging om tijdens een gesprek aan te schuiven.

Ook op de babykamer is een verandering zichtbaar. Moeder heeft minder structuur nodig, wordt zelfstandiger, speelt sneller in op de signalen die de baby geeft. Onzekerheid komt naar boven: Doe ik het wel goed? Wat vertelt mijn baby door deze manier van huilen? Kan ik wel goed genoeg voor mijn baby zorgen? Doe ik de technische zorg zoals deze behoort te zijn? Vragen die herkenbaar zijn bij vrijwel alle moeders, ziek of gezond. Het advies en de uitleg destijds gegeven door de kraamzorg, zijn niet binnen gekomen. Ik leg daarom opnieuw zaken uit en geef moeder positieve bekrachtiging.

Ontslagfase

Het herstel zet door. Moeder heeft in toenemende mate tijdens verloven die steeds zijn voor en nabesproken, kunnen wennen aan het thuis zijn. Zowel vader als moeder hebben weer vertrouwen in elkaar als partner en als ouder van hun baby. Zij zijn er aan toe om naar huis te gaan en daar te gaan werken aan de laatste stap in het herstelproces. Hierin wordt moeder begeleid door de gespecialiseerde gezinsverzorging. Wekelijks zullen zij haar bezoeken om te bespreken hoe het gaat om de zorg voor haar baby in combinatie met goed zorgen voor zichzelf en zorg voor het huishouden te combineren en wat zij daarbij nodig heeft. De drie van elkaar los staande en zoekende personen die ik bij aanvang van de opname zag, zie ik vertrekken als samenhangend gezin met vertrouwen in de toekomst.

Nawoord

Ik denk terug aan de vraag die ik mij stelde bij aanvang van de opname, wat kan ik dit jonge gezin als verpleegkundige bieden. Ik voel wat een belangrijke en bijzondere rol ik heb kunnen invullen in de zorg voor deze moeder en haar systeem. Ik zocht en vond een balans tussen afstand en nabijheid, tussen openstaan voor deze moeder, vader en baby en een professionele weerbaarheid tegenover hen. En opnieuw realiseer ik mij wat een bijzonder en veelzijdig werk ik verricht binnen een bijzondere en kwetsbare doelgroep.

ⁱ Bergink, V., Lambregse-van den Berg, M.P., Koorengel, K.M., Kupka, R., Kushner, S.A.. First-onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry* 2011;72(11):1531-1537.

ⁱⁱ Intrusiviteit, Sensitiviteit, Vijandigheid en Structurering zijn gebaseerd op de Emotional Availability Scales, Biringen, Robinson & Emde, 1998

ⁱⁱⁱ Derkx, B., Pannevis, C., Rexwinkel, M., Schmeets, M. (2011). *Handboek infant mental health*. Assen: Van Gorcum, p.224

^{iv} Stern, D.N. (1995) *The motherhood constellation*. New York: Basic Books

^v Bergink, V. First-onset postpartum psychosis. Doctoral thesis. Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam 2012, p. 39

^{vi} Bergink, V. First-onset postpartum psychosis. Doctoral thesis. Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam 2012, p. 38