

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

De Praktijk

Geboren uit verkrachting – Onschuld versus trauma

Adriana Jasperse, Jacolien den Boer & Irma Hein

In dit artikel beschrijven we de dilemma's in de zoektocht naar hechting tussen een moeder en haar ongewenste jonge kind, en de dilemma's die wij op onze beurt bij de behandeling ervoeren. Een zwangerschap voortgekomen uit verkrachting wordt niet zelden gezien als een ramp die het gezinsleven op zijn kop zet (Salomon, 2013). De instellingen Stichting Centrum 45 en Stichting Equator rekenen onder meer tot hun doelgroepen – naast asielzoekers en vluchtelingen – slachtoffers van mensenhandel. Patiënten hebben vaak klachten die passen bij een posttraumatische stressstoornis of een depressie of allebei. Soms is er sprake van een zwangerschap. Deze patiëntengroep verkeert niet in de meest gunstige omstandigheden voor nieuw ouderschap, temeer omdat veel van de kinderen zijn verwekt bij seksueel geweld in het land van herkomst of tijdens gedwongen prostitutie. Daarbij komt meestal veel actuele stress, bijvoorbeeld rond de verblijfsvergunning, huisvesting of financiële problemen.

Uit verkrachting geboren kinderen dragen al voor hun geboorte een verhaal met zich mee, een verhaal dat de moeder niet mag of wil vertellen en waaraan ze niet herinnerd wil worden. Alleen al het zien van het kind roept steeds opnieuw de herinnering op. De herinnering aan het seksueel geweld waaraan dit kind de vrucht is, en soms de herinnering aan eerdere, verloren kinderen, de herinnering aan de niet beschikbare familie, en die aan de vele moeilijke momenten tijdens de zwangerschap. De identiteit van een moeder van een kind verwekt door verkrachting vloeit direct voort uit haar identiteit als verkrachtingslachtoffer (Salomon, 2013). Naast de herinneringen zijn er ook belangrijke zorgen over de nabije toekomst en over basale levensbehoeften, zoals over verblijfsmogelijkheden in ons land, of over fysieke veiligheid of geld om van te leven. De schaamte voor het ongehuwd moederschap is groot, evenals de vrees voor de sociale uitstoting die het lot kan zijn van vrouwen in

Adriana Jasperse, Jacolien den Boer & Irma Hein

deze situatie. Bij kinderen geboren uit verkrachting is er relatief vaker sprake van gedesorganiseerde gehechtheid, gedragsproblemen en problemen met de identiteit (Salo, 2010).

Dit bij elkaar geeft meer dan voldoende redenen om vroeg te starten met een behandelaanbod gericht op de ouder-kindrelatie, al beginnend tijdens de zwangerschap, omdat deze relatie vaak niet als vanzelfsprekend wordt ontwikkeld. Echter, behandelen in deze context brengt ook veel vragen en twijfels met zich mee. Behandeling biedt iets waar niet om gevraagd wordt, namelijk hulp bij het richten van aandacht op het kind. Kan een psychotherapeutische behandeling wel iets zinvol bieden in zo'n situatie? Er is geen oplossing voor de grote actuele problemen. Is het daarom niet te veel gevraagd van de (aanstaande) moeders om na te denken over hun ouderschap en over hun kind in zo'n context? Literatuur over behandelmogelijkheden is beperkt tot een enkele casusbeschrijving (Salo, 2010) of de interviews door Salomon (2013). We lichten de overwegingen gedurende een behandeltraject toe met een casus uit onze praktijk.

Zwanger na misbruik

Aïcha is een jonge vrouw afkomstig uit een West-Afrikaans land. Haar moeder overleed bij de geboorte van haar twee jaar jongere zusje. Met de vrouw met wie haar vader snel hertrouwde had ze een goede verstandhouding. Haar leven verandert drastisch als haar vader met geweld om het leven wordt gebracht en zij als zestienjarige wordt uitgehuwelijkt aan een man van omstreeks veertig jaar. Ze wordt zijn derde vrouw. Na drie jaar loopt ze weg en ze komt in contact met een man op wie ze verliefd wordt en die haar uitnodigt naar Nederland te komen. Als ze daar aankomt wordt ze vastgehouden in een huis en wordt ze gedwongen seksuele diensten te verrichten met een groot aantal mannen. Na vier maanden weet ze te ontsnappen en ze komt met hulp op een politiebureau. Hier wordt haar aangifte opgenomen en helpt men haar aan een plaats in een opvanghuis voor slachtoffers van mensenhandel. Naast onderdak wordt ook juridische hulp geboden.

Enkele weken na aankomst blijkt zij zwanger te zijn. Ze besluit het kind te houden. Haar geloofsovertuiging staat geen abortus toe. Na een paar maanden wordt zij door de huisarts aangemeld voor behandeling bij Stichting Equator, vanwege haar slechte slapen, nachtmerries, indringende herinneringen, sombere stemming en gepieker over haar ongebo-

Geboren uit verkrachting

ren kind. Vanwege haar negatieve beleving van haar zwangerschap vraagt haar behandelaar aan de jeugdafdeling van Stichting Centrum 45 om haar extra begeleiding bij deze zwangerschap te bieden.

Moeder-babybehandeling

Bij Centrum 45 worden verschillende ouder-kindbehandelingen toegepast, waarvan een aantal geschoeid op methoden uit de *infant mental health* (Rexwinkel, Schmeets, Pannevis & Derkx, 2011). Bij moeders met een complex trauma en een zwangerschap ontstaan na seksueel misbruik wordt gestart met een vijfgesprekkenconsultatie. Het doel is het verbeteren van de ouder-kindrelatie door het systematisch begrijpen van de betekenis van het kind en diens gedrag binnen de primaire relatie met de moeder en het vergroten van haar mentaliserend vermogen. Daarbij is het overkoepelend doel de symptomen bij het kind te verminderen en ook later optredende symptomen te voorkomen. Vanuit deze doelstellingen kunnen interventies worden geformuleerd zowel op individueel niveau van het kind als op relationeel niveau. Het kan nodig zijn dat eerst actuele stress, bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting of financiën, wordt verlaagd door concrete ondersteuning te bieden, soms door verwijzing naar het juiste adres.

Ook is er een infant-mental-healthgroep voor depressieve of getraumatiseerde moeders en hun zuigeling: een ambulante groepsbehandeling met als focus de relatie tussen baby's (kinderen tot één jaar) en hun moeders die aan complexe ptss lijden. Deze behandeling beslaat twaalf wekelijkse bijeenkomsten en is geënt op de kortdurende groepsbehandeling voor depressieve moeders ontwikkeld door Van Grinsven, De Weerd en Fasting (2008). Klachten die worden gerapporteerd over het kind kunnen zijn: problemen in de zelfregulatie, problemen in de hechtingsrelatie, angststoornissen of andere internaliserende problematiek, en 'lastig' gedrag of externaliserende problematiek. Deze worden geclassificeerd met de DC: 0-3R (Zero to three, 2005). Doel is het herstellen van positieve moeder-kindinteracties, waardoor de hechting wordt gestimuleerd en versterkt. Daarbij kan zowel de psychopathologie van de moeder als van het kind verbeteren, en kan voorkomen worden dat interactieproblemen toenemen, met nadelige gevolgen op de lange termijn voor beiden. Een combinatie met een individuele traumabehandeling van de moeder of de ouders is steeds mogelijk.

*Adriana Jasperse, Jacolien den Boer & Irma Hein**Hoe het verder ging*

Vanaf de start van deze begeleiding strijdt een aantal problemen om de voorrang: de hechting aan en het mentaliseren over het ongeboren kind, en de vermindering van depressieve en posttraumatische klachten met behulp van een individuele traumagerichte therapie. Daarnaast is het noodzakelijk Aïcha te helpen met het creëren van een steunend netwerk, aangezien zij nog zo weinig mensen kent en geen familie heeft. In overleg met de individuele behandelaar en na teamberaad wordt besloten een gecombineerd behandelaanbod te doen. Parallel aan de individuele traumagerichte behandeling door een psychotherapeut voor volwassenen wordt een start gemaakt met het richten van de aandacht op de ouder-kindrelatie. Hieraan worden vijf gesprekken besteed; deze behandeling wordt gedaan door de gz-psycholoog/systeemtherapeut van het jeugdteam. Daarbij wordt de blik zowel op het aankomend moederschap en de komende baby gericht, als op de behoeften in de omringende omgeving.

Aïcha komt wekelijks naar deze gesprekken en ze spreekt dan zo zacht dat de tolk haar nauwelijks verstaat. Iedere keer bij binnenkomst is haar eerste zin: 'Ik adem nog.' Ze piekert continu over het leven, is boos over alles wat er gebeurd is, heeft het gevoel dat zij verloren heeft en dat de prijs die zij moet betalen te hoog is. Over de zwangerschap kan zij nauwelijks spreken, zij voelt haar kindje bewegen in haar buik, maar geeft aan dat het haar niks doet, zij voelt zich leeg. Ze maakt zich zorgen over hoe ze het kindje moet opvoeden en hoe zij ervan kan gaan houden. Denken aan het kind betekent ook denken aan wat haar is overkomen. Die schokkende ervaringen wil ze liever vergeten. Ze vindt het moeilijk om positieve gevoelens op te brengen voor het kind dat in haar buik groeit en beweegt.

Hoewel Aïcha's psychische klachten de boventoon voeren, ontstaat er een opening om mondjesmaat te spreken over haar zwangerschap en over de beperkte steun die ze heeft. Ze geeft aan wel enige ervaring te hebben met het zorgen voor kinderen, want ze blijkt vroeger voor een jonger zusje te hebben gezorgd. Naar de foto's van de twintigwekenecho wil zij in eerste instantie niet kijken. Wel verschijnt er een glimlach op haar gezicht wanneer ze samen met de behandelaar op zoek gaat naar de handjes, de voetjes en het neusje. Wanneer ze bericht krijgt dat bij haar kindje een mogelijke afwijking is gevonden, zo'n twee maanden voordat ze uitgerekend is, verergeren de psychische klachten zodanig dat ze niet meer in staat is om naar haar behandelafspraken te komen, niet naar

Geboren uit verkrachting

haar individuele therapeut en niet naar de moeder-kindbehandeling. Na de bevalling komt Aïcha terug, zowel voor haar traumatherapie als voor de moeder-kindbehandeling. Bij deze laatste zegt zij: 'Het gaat niet goed met mij, ik weet niet waar we kunnen blijven wonen.' Ze zit met haar babyzoontje Mohammed van drie maanden oud op een kleedje op de grond van de spreekkamer. Bij het jongetje, dat al bij binnenkomst in de kamer een vieze luier heeft, tekent zich inmiddels een bruine vlek af in de achterkant van zijn rompertje. Aïcha pakt hem na enige tijd vermoeid op en legt hem voor zich op het kleed, waarbij zijn hoofdje met een klap op de grond terecht komt. Het jongetje begint hard te huilen, en moeder gaat hem met een emotioneel gelaat verschonen. Alles moet uit, het jongetje ligt er koud bij en resten van de ontlasting blijven op het kleed achter.

In de kamer tekent zich een beeld af van een overbelaste jonge moeder. Zij toont zich onhandig en ook wat onverschillig in de zorg voor haar zoontje. Er is geen oogcontact tussen hen, en hij ligt er maar eenzaam bij. De behandelaar merkt op dat ze haar kindje op een wat hardhandige manier verzorgt. Desgevraagd beaamt zij dat de zorg haar veel energie kost, terwijl zij al zo veel aan haar hoofd heeft. En het kind lijkt haar er niet dankbaar voor te zijn, integendeel: 'Hij is lastig.' En dan is er ook nog een aandoening bij het kindje vastgesteld, waarbij zijn moeder hem extra verzorging moet geven en medische handelingen moet verrichten.

De behandelaar bedenkt hoe opgedrongen dit kind is, en hoe zwaar dit voor de moeder moet zijn. En tegelijkertijd zijn er zorgen over de veiligheid van dit kind. Moet het accent niet komen te liggen op de zorgen over de veiligheid van het kind, en moet de meldcode huiselijk geweld worden gestart? De behandelaar probeert eerst in gesprekken te benadrukken dat Aïcha's overbelasting zichtbaar is, en erkent haar zorgen over de basale onzekerheid in haar bestaan. Maar zij komt trouw naar de afspraken en ze toont zich bereid om te praten over haar kind en over haar moederschap, en over de zorgen die ze heeft over hun beider toekomst. Dit wordt gezien als een positief uitgangspunt om de relatie met haar verder op te bouwen en haar ruimte te geven om haar zorgen verder te bespreken.

Haar zorgen worden gerelateerd aan een van de 'moederschaps-thema's' van Stern (1995): de bezorgdheid van een moeder of ze wel voor dit kind kan zorgen. Aïcha lijkt zich hiermee begrepen te voelen. De gekozen invalshoek doet recht aan haar zorgen, waarbij het kind toch een centrale plaats houdt en zij duidelijk op haar moederschap aangesproken wordt. Er is een kleine opening ontstaan in het behandelcontact.

Adriana Jasperse, Jacolien den Boer & Irma Hein

Aïcha kan over haar zoon en over de relatie met hem nadenken en als zij zich gestimuleerd en gesteund voelt in haar nieuwe rol, zal dit de moeder-kindrelatie versterken, is onze veronderstelling.

Waar nodig en mogelijk wordt ondersteuning geboden bij de praktische problemen met het doel de actuele stress te reduceren. Ouderschap is immers niet slechts een proces dat zich tussen ouder en kind afspeelt, het is ook een positie die gefaciliteerd dient te worden (Van der Pas, 2008). Als een moeder zich gehoord en gezien voelt zal zij eerder in haar kind en diens behoeften kunnen voorzien.

Moeder en Mohammed worden uitgenodigd om deel te nemen aan de 'moeder-babygroep'. Aïcha gaat akkoord, het lijkt haar fijn om andere moeders te ontmoeten. Ook zegt zij dat het haar goed lijkt voor haar zoontje als hij bij andere kinderen kan zijn, want die gelegenheid heeft hij nauwelijks. Misschien wijst deze uitspraak er op dat zij als moeder toch ook met de behoeften van haar kind bezig is.

Moeder en zoon missen geen enkele groepsbijeenkomst, zij komen trouw en op tijd. Aanvankelijk is het pijnlijk om te observeren hoe de moeder een aantal kussens op elkaar stapelt totdat zij op stoelhoogte zit, en zo hoog boven haar zoontje, die op een kleed op de vloer ligt, uit torent. Meestal ligt haar kindje een eind van haar af en met zijn ruggetje naar haar toe. Ze kijkt niet naar haar kind en Mohammed zoekt nauwelijks contact met haar. Op de spaarzame momenten dat dit toch gebeurt, is Aïcha's gezicht strak en mimiekloos. Naar de getoonde filmopnames van haar kind en van hen samen kijkt ze vluchtig en zonder verder commentaar. Het jongetje zit meestal stil, kreunt wat, legt zijn hoofdje op de grond, en valt soms zomaar op het vloerkleed in slaap. De geringe interactie tussen beiden valt op. Mohammed lijkt het al een beetje opgegeven te hebben.

Het contact met Aïcha lijkt kwetsbaar, het lijkt erop dat ze niet alleen moeite heeft het contact met haar kind aan te gaan maar ook met de behandelaars. Het is alsof ze het moeilijk vindt een ander te vertrouwen. Met haar wordt besproken dat ze de indruk maakt overbelast en eenzaam te zijn, en dat haar kind ondergestimuleerd lijkt. Aïcha geeft dan aan dat zij deze zorgen wel begrijpt, ze voelt zich inderdaad overbelast en overvraagd. De ziekte van haar kind vraagt ook nog eens extra inzet, en de handelingen die ze om die reden met zijn genitaliën moet verrichten doen haar steeds weer denken aan het seksueel geweld waarvan het kind de vrucht is. Dit alles vormt een belemmering om de leuke dingen van haar kind te zien. Zij zou dat wel anders willen, zij zou graag een beter contact met haar zoontje willen hebben en wil graag hulp om dat te bereiken.

Geboren uit verkrachting

Gaandeweg verandert er iets. Mohammed zoekt toenadering met de andere kinderen en zijn moeder kijkt hiernaar, eerst nog met een vlakke uitdrukking. Naar de filmpjes daarvan kijkt zij met meer aandacht en als die interactiemomenten worden besproken, bijvoorbeeld de pogingen van Mohammed om contact te maken met andere kinderen, glimlacht ze. Later valt op dat Mohammed meer ruimte gaat innemen. Hij heeft zich inmiddels leren optrekken en doet dat ook aan zijn moeder. Zo maakt hij de afstand tussen hem en haar kleiner. Aïcha helpt hem door zijn handjes vast te houden en soms naar hem te lachen. Als Mohammed rond gaat kruipen gebruikt hij alle ruimte die er is, daarbij wel omkijkend en terugkerend naar zijn moeder. Moeder gaat gelijk op: ze maakt contact met een medegroepslid en durft zelfs een beetje met haar mee te denken. Zij laat toe dat de behandelaar meekijkt als ze haar kindje medisch verzorgt en vertelt dan hoe moeilijk zij dat eerst vond. Maar nu gaat haar dat goed af.

De individuele traumagerichte therapie van Aïcha verliep niet regelmatig. Doordat zij frequent niet op de afspraken verscheen kon er met moeite een behandelrelatie worden opgebouwd. De psychotherapeut vertelde dat zij zich in eerste instantie vooral richtte op stabilisatie van Aïcha's symptomen. Het effect daarvan was wisselend, gezien de vele stressoren die zich bleven aandienen, zoals de problemen rond verblijf, huisvesting, en de lichamelijke aandoening van het kind.

Als na tien weken het einde van de moeder-babygroepsbehandeling in zicht komt, dient zich een nieuw probleem aan met de verblijfsvergunning. De politie vindt te weinig aanknopingspunten om de mensenhandelaars te kunnen opsporen. Daarmee vervallen voor moeder en kind de gronden voor een verblijf in Nederland en het daarmee samenhangende recht op woonruimte. Aïcha geeft toestemming om na te gaan of werkelijk alle mogelijkheden voor verblijf en huisvesting uitgeput zijn. Na deze sessie verschijnen zij en Mohammed niet meer voor behandeling en komt het bericht dat zij met onbekende bestemming vertrokken zijn. Contact zoeken mislukt.

Tot onze verrassing meldt Aïcha zich drie maanden later weer. Aanvankelijk is zij erg boos omdat ze denkt dat er geen contact is gezocht. Zij keert echter terug op behandelafspraken, en in haar evaluatie over de moeder-babygroep zegt ze: 'Ik heb veel aan de groep gehad, ik ben gaan begrijpen dat ik als moeder voor hem het meest interessant ben, veel belangrijker dan speelgoed. Ik heb ervaren dat hij door mij met zijn speelgoed kan spelen.'

Adriana Jasperse, Jacolien den Boer & Irma Hein

Reflectie

Deze casus – en vele hiermee vergelijkbare – heeft ons regelmatig voor dilemma's in de behandeling geplaatst. We kozen, zoals we vaker doen, voor twee parallelle behandelcontacten. Eén waarin alle praktische zorgen en problemen samenhangend met het moederschap en het mentaliseren over dit kind centraal stonden, en een psychotherapeutisch contact waar de klachten van de patiënt als individu centraal stonden. We realiseerden ons dat dit veel gevraagd was van deze moeder. Het leek ons echter urgent om een hulpaanbod op beide probleemgebieden te doen, gezien de ernst van de klachten van moeder en gezien het belang van een vroege interventie wanneer de ouder-kindrelatie zo sterk onder druk staat.

Bij een zwangerschap ontstaan na verkrachting is het moeilijk om met moeders te praten over de gewenstheid van hun kind en over hun moeilijk te verdragen ambivalentie. De beleving van deze moeders kan steeds wisselen: van liefde tot walging, van verbondenheid tot razernij. Dit sluit aan bij een van de moederschapsthema's die in de behandeling aan bod komen, namelijk 'zal ik van dit kind kunnen houden?' (Stern, 1995). In deze casus vertelde de moeder hoe zwaar dat voor haar was, en ze leek ook steun te willen krijgen en de bevestiging dat zij het goed deed. Het dilemma hierbij is: als we aansluiten bij het tempo van moeder, gaan we dan niet te veel mee in haar vermijding om over moeilijke onderwerpen te praten? Bij haar hebben we geprobeerd om ruimte te creëren voor het benoemen en zich bewust worden van het 'opgedrongen moederschap'.

Bij de bespreking van deze casus in het behandelteam probeerden behandelaars zich zowel in de positie van de moeder als in die van het kind te verplaatsen. Vanuit de moeder gedacht was het behandel aanbod zwaar: om met zoveel actuele stress en zorgen ook nog gevraagd worden na te denken over het moederschap, met daarnaast een individuele therapie gericht op traumaverwerking. Vanuit het kind gedacht was behandeling geïndiceerd, want die droeg eraan bij dat het kind in het blikveld van zijn moeder kwam en dat ze ging zien wie hij was en hoezeer hij haar nodig had.

En vanuit de positie van hulpverlener gedacht? Er waren twijfels en er waren gevoelens van onmacht. Het belang dat de moeder zich meer op het kind zou moeten richten zit in de behandeling besloten. Maar vraagt het niet te veel van haar als er zo veel actuele stressbronnen zijn die nauwelijks te beïnvloeden zijn, zodat op dat vlak niet meer dan wat

Geboren uit verkrachting

steun geboden kan worden? Staan deze omstandigheden wel toe dat het mentaliserend vermogen wordt vergroot en versterkt? Bovendien, past deze benadering wel bij patiënten uit West-Afrika, waar je samen met je moeder, je zus, je nicht en je buurvrouw moedert en niet alleen over jouw kind maar ook over hun kinderen? Denk je dan op dezelfde manier na over de relatie met jouw en andere kinderen? Anderzijds zijn gevoelens ook universeel, de band tussen ouders en kinderen is overal ter wereld een onderwerp dat tot nadenken stemt, en dat gebeurt in deze behandeling in deze veranderde context samen met de moeder.

Gezien onze grote zorgen over mogelijke verwaarlozing, zou het niet beter zijn geweest als we eerder met deze moeder een aanmelding bij Veilig Thuis, het meld- en steunpunt huiselijk geweld en kindermishandeling, zouden hebben besproken? De inzet van de behandeling is om in een vroeg stadium aan verbetering van de ouder-kindinteractie te werken. In eerste instantie wordt uitgegaan van de wil van moeders als Aïcha en anderen om er voor hun kind te zijn en een relatie met hun kind op te bouwen. Met het afwachten van de effecten van de traumagerichte psychotherapie van de moeder zou kostbare tijd verloren zijn gegaan, en datzelfde geldt voor het elimineren van actuele bronnen van stress. Dat laatste is vaak niet mogelijk en zeker niet op korte termijn. Ook geven we ons rekenschap van het feit dat de situatie in het land van herkomst weliswaar heel anders kan zijn, maar dat we nu te doen hebben met een moeder en een kind in onze culturele context. Mocht een melding bij Veilig Thuis nodig blijken te zijn, dan heeft het onze voorkeur om dit te doen in een behandelrelatie waarin we vertrouwen genieten. Daar investeren we als eerste in, zolang dit verantwoord is. In dit geval lukte het om dit vertrouwen te krijgen, en bleek het niet meer nodig een melding te doen.

Deze casus illustreert hoe een moeder tijdens de behandeling meer interactie aanging met haar kind, en dat zij begreep hoe belangrijk zij was voor haar kind en dat positief beleefde. En dit ondanks de twijfels die we op meerdere momenten hebben gehad over de juiste aanpak ten aanzien van behandeling. Ook bij andere, vergelijkbare casussen hebben we gezien dat het de moeite waard is om in een vroeg stadium behandeling te bieden gericht op de moeder-kindrelatie en de moeder te helpen om het mentaliseren over haar kind en over zichzelf als moeder te bevorderen, ook als de situatie onoplosbare moeilijkheden kent en er tevens traumabehandeling voor de moeder geïndiceerd is.

Adriana Jasperse, Jacolien den Boer & Irma Hein

Adriana Jasperse, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en systeemtherapeut, dagbehandeling en polikliniek Kind en Gezin, Stichting Centrum 45 te Diemen.

E-mail: a.jasperse@centrum45.nl.

Jacolien den Boer, gz-psycholoog en systeemtherapeut, dagbehandeling en polikliniek Kind en Gezin, Stichting Centrum 45 te Diemen.

Irma Hein, kinder- en jeugdpsychiater, dagbehandeling en polikliniek Kind en Gezin te Diemen en gezinskliniek te Oegstgeest, Stichting Centrum 45.

Literatuur

- Grinsven, F. van, Weerd, R. de & Fasting, C. (2008). Kortdurende groepsbehandeling voor depressieve moeders en hun baby/peuter. In N. Vliegen & C. Leroy (red.), *Horen, zien en spreken – Psychoanalytisch werken met baby's en ouders* (pp. 111-127). Apeldoorn: Garant.
- Pas, A. van der (2008). Ouderschap – Een systemisch universum. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 257-371). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C. & Derkx, B. (2011). *Handboek infant mental health*. Assen: Van Gorcum.
- Salo, F. Thomson (2010). Parenting an infant born of rape. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman & J. Cox (eds.), *Parenthood and mental health – A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 289-299). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Solomon, A. (2013). *Ver van de boom – Als je kind anders is*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.
- Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation – A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zero to three (National Centre for Infants, Toddlers, and Families) (2005). *DC: 0-3R – Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen op zuigelingen- en kinderleeftijd, gereviseerde versie*. Assen: Van Gorcum.