

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

Tussen bed en stoel ...

Psychodynamisch werken op de Maternal Intensive Care in een algemeen ziekenhuis

ANN VERHAERT

De dikke dronken zwermen van gevoelens
krijgen bestel, wanneer ze in de taal
op woorden samentrekken, die ze schaal
geven, zodat ze tot kristal verkoelen
(Achterberg 1984).

Alhoewel er in de laatste jaren meer en meer psychotherapeutische zorg geboden wordt aan patiënten in algemene ziekenhuizen, blijft het voor psychodynamisch psychotherapeuten in die setting zoeken naar de juiste plek. We kunnen ons afvragen of de druk op het therapeutische kader vanuit het somatische model van deze setting betekent dat psychotherapeuten hun kader moeten bewaken, moeten loslaten, of naar integratie moeten streven. Jos Dirkx (2011, p. 15) stelt: 'Wanneer de psychodynamiek de pretentie heeft echt verdiepend te willen zijn, is het evenwel van belang dat het psychodynamisch perspectief zich in praktische zin als behandelvorm niet te zeer afsluit van een zich snel wijzigende maatschappelijke context.'

Geïntegreerd samenwerken heeft de bedoeling te voldoen aan de door Sabbe geciteerde oude wijsheid (2010, p. 31): 'The good physician treats the disease, but the great physician treats the patient who has the disease (Osler).' In dit artikel reflecteer ik over de omgang met de ons toevertrouwde psychotherapeutische opdrachten in het medische werkveld.

¶ *Psychodynamisch psychotherapeut in de moeder-kindzorg*

Als verantwoordelijke voor de psychologische moeder-kindzorg in een algemeen ziekenhuis komen de bezorgdheid van de gynaecoloog, de neonatoloog en de verpleegkundige over het psychisch welzijn van moeders, vaders en hun baby's op de kraamafdeling, de Maternal Intensive Care (MIC) en de Neonatal Intensive Care Unit (NICU) bij mij terecht. Meestal is men bezorgd over de patiënte, die de opname als disregulerend, beangstigend, soms traumatisch ervaart. Gevoelens van schuld, schaamte, mislukking, machteloosheid en

extreme angst voor het verlies van haar baby maken het soms wekenlange verblijf erg belastend.

Ik tracht een *containende* relatie tot stand te brengen om de ontregelende ervaringen en ondraaglijke affecten die in het hier en nu van de opname aanwezig zijn tot bespreekbare gedachten te brengen, en ze een plaats te geven in de gezinsgeschiedenis van moeder, vader en baby. Ik hoop hiermee te bereiken dat dit 'breekpunt' geen 'ghost in the nursery' (Fraiberg e.a. 1975) zal worden in de latere ontwikkeling van de relatie met de baby. Daarom hebben deze interventies zowel een helende als een preventieve functie.

Psychotherapeuten op een MIC of NICU hebben een andere positie dan in een psychotherapeutische setting. Ze worden samen met het medisch-verpleegkundig team aangesproken in een maalstroom van handelingen. Ze kunnen zich er niet buiten plaatsen maar kunnen er ook niet mee samenvallen. Hoewel ze meer dan in een klassiek psychoanalytische setting een reëel object worden voor de patiënten, bewaken ze de bedoeling de affectieve wereld van ouders en baby's naar zich toe te halen en erover te reflecteren. Hun meerwaarde ligt, met andere woorden, in het aanreiken van een binnenwereld van moeder, vader en van de baby aan de medische en verpleegkundige staf (Verhaert 2011, p. 276).

Het verkrijgen van de mogelijkheid hiertoe en vervolgens het afbakenen en definiëren van het therapeutische aanbod dient daarom niet alleen te gebeuren tegenover de patiënten, maar evenzogoed tegenover onszelf en de andere medewerkers op de opnameafdelingen. Hoe ik hiermee aan de slag ga wordt geïllustreerd aan de hand van een vignet. Ik wil vooral stilstaan bij de invloed van de setting op het proces. De binnendringende realiteit van het ziekenhuis, de kwetsbare grenzen en de aanvallen op het kader vanuit de overdracht en tegenoverdracht van de verschillende protagonisten worden benadrukt.

Mevrouw S., negentien jaar oud, werd in het weekend verwezen naar de MIC met een dreigende vroeggeboorte na vijfentwintig weken zwangerschap. Ze moest rusten en kreeg weeënremmende medicatie. Ze heeft een zoontje van twee jaar en is gescheiden van diens vader. Ze is sinds een jaar samen met haar huidige partner van negentien jaar.

Toen ik op de afdeling kwam had ze het artsen en verpleegkundigen flink lastig gemaakt en wist men niet meer hoe men met haar tot enige samenwerking kon komen. Ze wilde niet in bed blijven, zocht zodra ze kon de cafetaria op om sigaretten te roken. Bij het minste commentaar hierop reageerde ze agressief en dreigde ermee te vertrekken.

Ze claimt voortdurend de aandacht en doet dit voornamelijk met het verhaal van het overlijden van haar moeder, ongeveer een jaar geleden. Het wordt snel duidelijk dat mevrouw S. psychisch een erg kwetsbare vrouw is, bij wie het dreigende verlies van de baby problematisch gedrag en denken ten opzichte van haar partner, de baby en zorgdragers triggert.

Haar kwetsbaarheden laten zich als volgt samenvatten. Er waren tekorten in affectregulatie en impulscontrole, en instabiliteit in relaties en zelfbeeld. In het domein van de gehechtheidsaspecten waren er gebreken in het mentaliseren als resultaat van een mogelijk constitutionele kwetsbaarheid, gecombineerd met verwaarlozing in de vroege gehechtheidsrelaties. We zagen een fragiel vermogen om affecten te representeren en een infantiele modus van denken, waarbij het denken gelijk is aan of heel ver af staat van de realiteit. Het gedrag van de ander wordt afhankelijk van het observeerbare in plaats van gerelateerd te zijn aan zijn of haar intenties of gevoelens. Er waren tekorten op het vlak van zelforganisatie en structureringsvermogen. Symboolfuncties schoten sterk tekort. Mevrouw S. functioneerde of reageerde als een onveilig, gedesorganiseerd gehecht kind met sterk aanklappend/afwijzend gedrag en zowel angst rond afhankelijkheid als angst om verlaten te worden.

In het ziekenhuis vertoont ze sterk aanklappend gedrag ten opzichte van al wie er op de kamer komt. Tegelijkertijd doet ze er alles aan om deze zorgdragers zo snel mogelijk de kamer uit te krijgen door zich uitdagend op te stellen, agressieve en choquerende taal te gebruiken. Ze sms't voortdurend met haar partner en vrienden en wordt heel boos als ze niet op bezoek komen. Bezoek leidt tot conflicten. Met haar partner horen we klinkende ruzies om ze even daarna samen in bed te vinden. Ze stellen alles in het werk om zo snel en zo lang mogelijk te verdwijnen naar de cafetaria.

Er is veel kwaadheid in het team; iedereen kiest voor de ongeboren baby vanuit zijn geringe overlevingskansen. De jonge moeder kan op weinig begrip rekenen. Ik heb de indruk dat de onmacht van de artsen en verpleegkundigen naar mij wordt geprojecteerd. Alle hoop op rust wordt gelegd in mijn interventies. Tegelijk worden er dwingende verwachtingen geformuleerd, zoals haar sommeren niet meer te roken.

¶ *Een somatische afdeling: de reële plek*

Mijn eerste opdracht is om de noodzakelijke intermediaire ruimte te verkrijgen van de verwijzers om een proces aan te gaan van reflectie met de ouders, hun baby en hun omgeving. Want: «Het gedrag van de analyticus of therapeut wordt mede bepaald door de context waarin de therapie wordt gegeven» (Berkouwer 2004, p. 58).

Het dwingende karakter en het verlangen om de therapeut (snel) tot handelen te zien overgaan, hebben mijns inziens te maken met de angsten gerelateerd aan het omgaan met situaties waarin leven en dood dagelijks aan de orde zijn. Prins (2001) haalt in haar doctoraatsthesis *Leiderschap in woelige tijden: welke inzichten kan de psychodynamica ons bijbrengen?* een onderzoek door Isabel Menzies (1960) in ziekenhuizen aan dat haar trof door de hoge mate van angst in de organisatie.

Verpleegkundigen worden geconfronteerd met lijden en dood en met tegenstrijdige emoties die stress opleveren. Op onbewust niveau zou de verpleegkundige de distress van de patiënt, zijn familie en haar collega's associëren met de objecten uit haar interne wereld waardoor de eigen angst versterkt wordt en in de huidige werksituatie geprojecteerd wordt. In een organisatie-systeem waar veel angst aanwezig is zullen deze afweersystemen zich ook op het organisatieniveau gaan ontwikkelen (Prins 2001, p. 48).

Zo is in het zorgprogramma op de MIC de verplichte interventie van de psycholoog als structurele opdracht opgenomen. Op organisatieniveau is de mogelijkheid om de eigen onmacht bij de psycholoog te projecteren aldus als het ware ingebouwd. Het is mijn taak om de betekenis van elke vraag af te tasten en aandacht en ruimte te zoeken voor de afgeweerde gevoelens van onmacht, kwaadheid en angst in het team.

..... Zo kon ik duidelijk maken dat het gedrag van mevrouw S. een defensief aspect in zich droeg. Haar mogelijk ambivalente gevoelens voor de baby werden verhelderd zodat ook zij enig krediet kreeg, en er in het team weer ruimte kwam om te kijken naar baby én moeder.

..... Tegelijk werd er een plaats gegeven aan de vrees van de artsen en verpleegkundigen om de baby geen goede start te kunnen geven. Zo bleek de agressieve taal van de patiënte bij de gynaecoloog al snel angst op te roepen voor juridische vervolging in geval van problemen bij de baby. Ikzelf ervoer een vrij grote druk om rust te verkrijgen en voelde het 'verantwoordelijk gesteld worden' op eenzelfde wijze aan.

Het wordt duidelijk dat de containende en reflecterende functie van de psychotherapeut niet alleen geldt voor de patiënt maar ook voor de behandelingscontext. Het reflecteren over de vraag, verlangens en soms dwingende eisen ten aanzien van de psychotherapeut dient te gebeuren vóór het eerste contact met de patiënt gelegd wordt. De beperkingen, mogelijkheden, het minimale kader, tempo en doelen van psychotherapeutische interventies moeten transparant zijn voor de medewerkers.

..... In de casus van mevrouw S. koesterde men de stille hoop dat ik toezicht zou houden op de bezoeken aan de cafetaria, en over de afspraken hieromtrent zou negotiëren. De verpleging zou dan dagelijks rapporteren of mevrouw S. zich aan onze afspraken had gehouden. Het bespreken van de angst om de agressie van mevrouw S. op te roepen, het bespreekbaar maken van de angst voor gerechtelijke vervolging van arts en verpleging, vanuit ieders geschiedenis en verwachtingen, was een eerste noodzaak. De arts nam hierna de taak op zich om mevrouw S. aan te zetten haar roken onder controle te houden. Ze maakte gedoseerde afspraken en hield het toezicht

hierop aan zich. Na het herschikken van de opdrachten werd het mogelijk een plaats te creëren om te luisteren, spreken en denken.

¶ *Van lichaamsruimte voor moeder en baby naar de relatie in gedachten*

Psychisch kwetsbare moeders maar ook moeders die getraumatiseerd zijn door de dreigende bevalling (soms gepaard gaande met levensbedreigende symptomatologie), zijn emotioneel erg ontregeld bij een opname op de MIC. De fysische kwetsbaarheid bedreigt ook de psychische enveloppe (Anzieu 1987), die men als fragiel en permeabel ervaart.

Het lichaam van de moeder moet uit de noodsituatie, waarvan de baby de oorzaak is, zien te komen. De baby is in het denken van moeders die in traumatische omstandigheden (dreigen te) bevallen nog weinig vitaal en positief beladen aanwezig. Dit geeft aanleiding tot forse ambivalente gevoelens over de zwangerschap en de baby. Enerzijds willen moeders de baby zo lang mogelijk houden, anderzijds willen ze zo snel mogelijk af van de kwetsbare situatie waarin ze zelf verkeren. Deze primitieve archaïsche ervaringen kunnen moeders overspoelen en bedreigend zijn voor zichzelf en hun kind (Breesch & Vliegen 2011, p. 193). Op defensieve wijze kennen ze de baby geen eigen plaats toe omdat ze hem willen beschermen tegen deze destructieve gedachten. Bij de start van ons samenzijn ligt de focus daarom op de moeders; op het herstel van hun vermogen zich als container of ‘omsluitende enveloppe’ (Verhaert 2009, p. 138) van hun baby te ervaren.

Van der Hek en De Schipper (2006, p. 223) halen Kohut (1971) aan die in de ontwikkelingsgeschiedenis van het zelf het begrip ‘lichaamszelf’ centraal stelt. Het zelf, de regulerende instantie, verhoudt zich in de eerste plaats tot het lichaam. Bij Kohut blijft het lichaamszelf direct met het actueel functioneren van het lichaam verbonden.

Berkouwer (2004, p. 121) legt bij het begrip ‘ruimte’ de nadruk op de zintuiglijk-lichamelijke aard van het bestaan. ‘Dit heeft nauw te maken met het ontstaan van een besef van een buitenwereld die we zelf niet (meer) zijn. Elke psychodynamische ontmoeting heeft daar zijn blijvende tastbare plek.’

Een ziekenhuis en een zwangere vrouw doen zeker appèl op lichamelijkeheid, dus we weten dat we in onze ontmoetingen niet buiten het omgaan met deze fysiek-lichamelijke ruimte kunnen. Ik vertrek dan ook van de lichamelijke realiteit om zo te gaan naar de beleefde, gedroomde en gedachte, betekenisbeladen realiteit van een zwangerschap en een baby. Ik word steeds ingelicht over alle lichamelijke parameters, weeën, ..., en op de (on)zichtbare plaats die de baby in het lichaam van de moeder inneemt.

Veel moeders kunnen niet meer loskomen van deze zintuiglijke ervaringen. Ze houden zichzelf angstvallig onder controle en monitoren elke prikkel. Ondanks het feit dat ze opgenomen zijn ‘om te rusten’ zie ik zelden patiënten

echt in rust en vertoont hun lichaam een zeer hoge mate van spanning. Het ervaren van deze stressgerelateerde onrust maakt hen angstig.

Een zwangere vrouw die gefocust is op haar lichaam ervaart nog geen ruimte die zichzelf niet is, en kan me daarom nog niet ontmoeten in de bredere ruimte van haar kamer. Een voorstel om samen te starten met relaxatie-oefeningen en haar bewust te laten voelen hoe haar lichaam rust kan vinden en weer dienst kan doen als container voor haar en haar baby, is een welkome start. Hierdoor ontstaat een ervaring van een omsloten dragend, betrouwbaar lichaam.

In zekere zin wordt er afgeweken van het analytische kader door te werken in de lichamelijke ruimte. Het lijkt echter een noodzakelijke voorwaarde om deze binnenruimte eerst te beveiligen om daarna de buitenruimte, de kamer als intermediaire ruimte waarin geluisterd, gedacht, gesproken wordt, te gaan bevolken. Mijn eerste plek is dan ook op bed, met een zacht aanraken van voeten en rug om moeders op weg te helpen met eenvoudige relaxatieoefeningen. Er wordt kort gereflecteerd over het aanvoelen, het effect en de gedachten die deze oefeningen oproepen.

Vanwege de kwetsbaarheid op het punt van nabijheid en afstand in contacten en de promiscue, uitdagende houding die mevrouw S. aannam, startte ik bij haar nu net niet met lichaamsgericht werken maar ging mijn aandacht bij aanvang voornamelijk uit naar de beveiligende containende, zeer concrete betrouwbare aspecten van mijzelf in het licht van letterlijke afstand en nabijheid. Pas later toen ik als object een min of meer betrouwbare plek had verkregen kon er gekeken worden naar de lichamelijke ruimte zonder dat de zo noodzakelijke relationele afstand vernietigd zou worden.

Na een drietal momenten waarop de focus op de binnenruimte (lichaam) komt te liggen schuift mijn plaats van het bed naar de stoel in de ziekenkamer, waar ik de opdracht heb om van deze plek een 'analytische situatie' te maken.

Om de patiënten aan te zetten tot reflectie en een signaal te geven van het bewaren van onze relatie 'in mind', zie ik hen om de andere dag en ben ik minder beschikbaar dan de andere (medisch-verpleegkundige) medewerkers op de afdeling. Berkouwer (2003, p. 135) zegt dat de analyticus of psychotherapeut de cliënt in gedachten heeft en kan loslaten. Soms wordt de afwezigheid van de therapeut bij kwetsbare patiënten te negatief beleefd en helpt een transitioneel aspect de periode van afwezigheid te overbruggen.

De strips die ik voor mevrouw S. meebracht van de bibliotheek vulden enigszins haar tijd op, maar hadden ook een symboolfunctie. Ze verwezen zoals een transitioneel object naar het volgende moment dat ik zou terugkomen. Deze verwijzaspecten of symbolisaties brachten de mogelijkheid

met zich mee om te gaan spreken over haar afwezige oudste zoontje. Hierdoor kreeg later ook de ongeboren, onzichtbare baby meer en meer een plek in mind. Er werd een nieuwe gefantaseerde, gementaliseerde binnenruimte gecreëerd, vertrekkende vanuit de ervaringen die zich aandienen in de kamer.

¶ *De binnendringende realiteit*

Ik treed binnen op het terrein van de patiënten en kan me niet ontdoen van de indrukken die ervan uitgaan: bloemen, foto's, maaltijden, laptops, monitors, infusen, vaders en bezoek dat aanklopt. We kunnen de werkplek niet vrijhouden van contaminatie. Berkouwer (2004, p. 195) duidt met het niet-gecontamineerd zijn van een setting de eigenschap aan dat een psychodynamische setting feitelijk onderscheiden is van en ook relatief losstaat van de patiënt. Met het begrip geeft hij niet zozeer de neutraliteit van een setting aan als wel die van onafhankelijkheid van en het niet behoren tot de leefsetting van de patiënt.

De kamer van de zwangeren op de MIC is echter hun leefomgeving. Dus dringt deze plek mijn denken binnen en kom ik binnen in de leefsetting van de patiënt. In plaats van te trachten dit te vermijden, integreer ik deze realiteit. Ik heb het vooral over wat zich in het actuele leven van de moeders aandient, tracht dit te verbinden met betekenisverleningen uit hun voorgeschiedenis en bekijk hoe het geprojecteerd wordt in de toekomstige beelden van hun ouderschap met hun baby. Ik let erop deze drie tijdsdimensies in balans te houden eerder dan de realiteit die zich in het hier en nu aandient af te weren.

Mevrouw S. wijst naar de parking en haar wagen, waar haar puppiehondje wacht op haar partner die buiten rookt. Ze vindt dat de puppie zich maar moet aanpassen aan de situatie. Tegelijk zegt ze dat ze voor heel wat geld zaken kocht voor hem. Ik verbind zijn wachten met haar wachten en benoem haar ambivalentie rond de noden van de puppie. Ik leg een eerste verband met de baby en wat hij zoal nodig kan hebben en wel vergt van haar.

Zo wordt mijn werkplek een creatie of de bouwplaats van het zelf zoals Schacht (2001) in Berkouwer (2004, p. 133) het beschrijft:

[...] een bouwplaats als een plek waar er voortdurend bedrijvigheid, onrust en beweging heersen. Hij heeft zowel constructieve als destructieve elementen. Omdat hij vaak is afgeschermd tegen binnendringen of nieuwsgierige blikken van onbevoegden door een hoge muur, maakt de bouwplaats de indruk een geheim te bewaren.

¶ *Het delen van de plek met anderen*

Om de plek als groeibevorderende ruimte te bewaken waar men mag denken, verbinden, fantaseren en benoemen in alle richtingen, is het beheersen van wat hierover meegedeeld kan worden noodzakelijk. Hartgers (2012) benadrukt het belang van 'de plek' in het licht van het begrip 'vertrouwelijkheid' (*confidentiality*) en de bedreiging ervan vanuit het overleg met derden. De patiënt is in een ziekenhuis patiënt van de behandelend arts, en bevindingen en interventies moeten meegedeeld worden en traceerbaar zijn. Maar enkel wat noodzakelijk geweten moet zijn om een correcte medische-verpleegkundige beroepsuitoefening te garanderen hoeft verteld te worden. Het blijft een voorzichtig zoeken naar het bereiken van reflectie bij de andere teamleden zonder de geheimhouding, noodzakelijk voor het relationele proces dat we als therapeut willen bewaken, te verstoren. Dit kan heel wat dynamiek oproepen bij artsen en verpleegkundigen, die zich buitengesloten kunnen voelen en graag weten wat er in de kamer besproken wordt. Nijd op de bijzondere plek van de therapeut zet soms aan tot aanvallen op het kader, bijvoorbeeld door onderzoeken te plannen op het moment van gesprek.

¶ *Overdracht en tegenoverdracht*

Naast de welwillende neutraliteit als kernconcept van de psychodynamische therapeutische relatie is de visie op de therapeutische relatie als een overdrachtsrelatie van belang. Vanuit objectrelationeel en gehechtheidstheoretisch kader is de relatie in de psychodynamische therapie ook een nieuwe objectrelatie of een nieuwe gehechtheidsrelatie (Vliegen 2009, p. 25).

In de behandeling van moeders en baby's op de MIC en NICU vindt snel een sterke overdracht plaats. Deze overdracht komt tot stand en wordt gebruikt, maar ik interpreteer hem niet. Ik versterk en gebruik vooral de positieve zijde ervan. Het belang van de positieve overdracht in deze vroege therapieën wordt benadrukt door Stern (1995). Het is een overdracht die ik 'van grootmoederlijke kwaliteit' kan noemen. Ons relationeel therapeutische aanbod lijkt op de aanwezigheid van een *good enough* (Winnicott 1956) grootmoeder: betrokken en ondersteunend voor het hele jonge gezin, zonder overname, bemoeienis of kritiek — luisterend. Grootmoeders zijn vrouwelijk in hun sensitiviteit, mannelijk in hun doelgerichtheid en hun structurerende component. Het is mijn ervaring dat bij alle moeders die op de MIC op hun baby wachten, deze overdrachtsaspecten in de eerste contacten heel dwingend naar boven komen (Verhaert 2011, p. 278).

Mevrouw S. vertelt me reeds in het eerste contact honderduit over het conflictueuze verlies van haar moeder, die in een verkeersongeval omkwam. Alsof haar nakend moederschap en mogelijk verlies van haar baby haar snel terugbrengen naar de moeilijke band met haar moeder en het verlies ervan. Ik nodig haar uit te vertellen over haar moeder en verwoord dat het moeilijk moet zijn hier nu een baby te verwachten en haar moeder te moeten missen want dat het moederschap een gedeelde ervaring had kunnen zijn.

Vanuit het begrip voor haar verlangen om als toekomstige moeder en als dochter erkend te worden kan ze haar eigen gedrag tegenover haar moeder bevragen. Ze vertelt me hoe moeilijk ze als puber geweest moet zijn voor haar ouders. De laatste keer dat ze haar moeder zag, vertrok ze kwaad met de brommer terwijl haar moeder het haar verbood, bang dat er haar iets overkomen zou. Eerst is er trots te voelen over haar durf, dan toch ook heel kort spijt over de aard van dit laatste contact en de onmogelijkheid om dit te herstellen. Er verschijnt enig begrip voor de bezorgdheid van haar moeder. Ik refereer hierbij naar moederschap: 'Zo zijn moeders, bezorgd om hun kinderen.' Ze reageert dat ze tracht cola te laten voor de baby en meer moeite doet om niet te roken.

Nu komt de zorg voor haar baby in zicht. Het binnenbrengen van een 'goede' moederlijke capaciteit is een eerste ankerpunt om haar zorgzaamheid aan te spreken. Vaak ontbrak elk denken aan de baby als een apart kwetsbaar persoonkje. Ze dreigde dan haar infuus eruit te halen en te ver trekken. 'Als de baby dan geboren wordt en dood is, dat is dan gemakkelijk; ik heb er geen last meer van. Als hij gehandicapt is dan gaat hij naar een instelling en heb ik er ook geen last meer van. Waarom zou ik al die moeite doen om hier te blijven liggen?' De medewerkers op de afdeling die per definitie de bewakers zijn van het bedreigde ongeboren leven neigen hierop te reageren met verwerping en het conflict zover te willen drijven dat ze ver trekt. Het vraagt wel wat draagkracht om deze archaïsche uitspraken te kunnen plaatsen. De negatieve gevoelens voor de baby en het niet toekennen van zijn plek hebben te maken met tekorten in erkenning van zichzelf. Ze reageert met verwerping, voordat ze zelf verworpen kan worden. In de overdrachtsrelatie heb ik dit herhaaldelijk ervaren, bijvoorbeeld wanneer ze weg was op de uren dat we afgesproken hadden. Ik moest mezelf opleggen niet naar andere patiënten te gaan ('die me misschien meer nodig hadden en blij waren me te zien'). Het vroeg een inspanning in de kamer te blijven wachten om te ervaren om zonder invulling een uur te moeten wachten. Een ervaring die zij gedurende weken ondergaat en die ze mij mogelijk daarnaast ook op deze wijze laat aanvoelen. Als ik haar hierover bevrage reageert ze hierop met: 'Gij hebt aan mij niks te zeggen, dat moet de dokter doen.' Soms is ze er en kijkt me lachend, nagenoeg naakt op bed, aan en maakt het me ongemakkelijk: 'Ik moet straks aan de monitor en dan vragen ze toch om mijn t-shirt naar boven te doen.' Dan moet ik op zoek naar een

... houding die geen vlucht of afwijzing inhoudt maar toch de juiste kaders uitzet.

Niet alleen de psychotherapeut wordt beladen met overdrachtsgevoelens, alle medewerkers op de afdeling lokken ze uit. Dit geeft soms aanleiding tot splitsingsdynamiek tussen de verschillende protagonisten.

... Er moest door de staf gewerkt worden aan het algemeen kunnen verdragen van de rol van ambivalente, goede/slechte zorgdrager, bijvoorbeeld in verband met de afspraken rond roken en drinken. Ook voor mezelf was het een valkuil de 'goede' moeder te willen zijn in plaats van of tegenover de 'falende, reële' moeder. Zo ontstond een concurrentie onder de zorgdragers om haar waardering, zoals in het verleden door mevrouw S. ervaren werd bij beide ouders. Haar moeder en vader waren gescheiden, en zij kende afwisselende periodes van aanhankelijk of verwerpend omgaan door hen en met hen. Het verlangen vooral een *containende*, continue relatie aan te bieden veroorzaakte bij mezelf het uit de weg gaan van structurerende confronterende (vaderlijke) aspecten van de overdracht, die naar anderen toegeschoven konden worden.

Door een verminderde verantwoordelijkheid voor de lichamelijke gezondheid van de patiënten en voor het medische resultaat krijg ik als psychotherapeut al vlugger de positieve overdrachtsaspecten naar mij geprojecteerd en is ook mijn tegenoverdracht sneller positief. Door hier al te graag in mee te gaan kan ik zelf de splitsingssystemen die zich in elke opname afspelen in stand houden. Zo vroeg mevrouw S. mij te regelen dat ze enkel nog maar met één arts te maken zou hebben. Het zou een valkuil zijn om op deze vraag in te gaan, ook al leek het comfortabeler werken; echter, hiermee benadrukte ze de ontstane splitsing tussen de teamleden.

Onbewuste overdrachtdynamieken tussen de verschillende teamleden worden niet zelden in de beleving van de patiënten zichtbaar en zijn moeilijk begreepbaar op een 'somatische' afdeling, waar overdrachts- en tegenoverdrachtdynamiek onbekend is in het werken met patiënten, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis.

¶ *Tot slot*

Deze begeleiding op de MIC en NICU is voornamelijk preventief en ten behoeve van het ontstaan van een gehechtheidsrelatie met de baby.

Het vasthouden aan de randvoorwaarden voor psychodynamisch werken blijft een aandachtspunt in een medische setting. We zijn gericht op de binnenwereld, de dynamiek in het onbewuste, het belang van de relatie als transi-

tionele en potentiële ruimte en het bereiken van reflectie over ervaringen die zich op de grens van het fysieke en psychische afspelen.

Het blijft in een ziekenhuis belangrijk ons aanbod niet los te zien van de kennis en dynamiek van de diverse zorgdragers, en in een transdisciplinaire dialoog een therapeutisch beleid uit te zetten waarbij elke discipline de kennis vanuit de andere disciplines meeneemt. Wat er zich rond het lichaam van patiënten afspeelt, krijgt ten slotte een plaats op het vlak van de beleving. Omgekeerd kleurt de beleving elke lichamelijke ervaring.

Literatuur

- ACHTERBERG, G. (1984). *Verzamelde gedichten*. Amsterdam: Athenaeum-Polak & Van Genneep, 8e druk.
- ANZIEU, D. (1987). Some alterations of the ego which make analysis interminable. *International Journal of Psycho-Analysis*, 68, 9-19.
- BERKOUWER, A.Y. (2003). De analyticus als ontwikkelingsobject. In M.G.J. Schmeets & A.P. Schut (red.), *Anders en toch hetzelfde* (p. 107-118). Assen: Van Gorcum.
- BERKOUWER, A.Y. (2004). *Handboek de psychoanalytische setting — Anatomie van een plek*. Amsterdam: Boom.
- BREESCH, K. & Vlieggen, N. (2011). Premature geboorte, prematuur ouderschap. In *Handboek Infant Mental Health* (p. 192-201). Assen: Van Gorcum.
- DIRKX, J. (2011). Inleiding. In J. Dirkx, M. Hebbrecht, A. Mooij & R. Vermote (red.), *Handboek psychodynamiek — Een verdiepende kijk op psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- FRAIBERG, S., ADELSON, E. & SHAPIRO, V. (1975). Ghosts in the nursery — A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *American Academy of Child and Adolescent Psychology*, 14 (30), 387-421.
- HARTGERS, T. (2012). Er moet een plek zijn. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 18, 16-27.
- KOHUT, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- MENZIES, I.E.P. (1960). A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations*, 13, 95-121.
- PRINS, S. (2001). *Het psychodynamisch perspectief op organisatie: modeltrend of zinvolle aanvulling op het denken over organisaties?* Doctoraatsonderzoek, Centrum voor Organisatie- en Personeelspsychologie, KU Leuven.
- SABBE, B. (2010). All are equal, but some are more equal than others — Het biopsychosociaal model voorbij. In P. Luyten, J. Vandenbergh, B. Van Houdenhove (red.), *Luisteren naar het lichaam — Het dualisme voorbij* (p. 23-32). Leuven: LannooCampus.
- SCHACHT, L. (2001). *Baustelle des Selbst — Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytische Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- STERN, D. (1995). *The motherhood constellation — A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.
- VAN DER HEK, B. & DE SCHIPPER, E. (2006). Met huid en haar. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 12, 221-234.
- VERHAERT, A. (2009). Onbezonnenheid en inlevingsvermogen. In N. Vlieggen, P. Meurs & L. Van Lier (red.), *Geduldig gereedschap* (p. 135-148). Leuven: Acco.
- VERHAERT, A. (2011). Babyobservatie. In M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis & B. Derkx (red.), *Handboek Infant Mental Health* (p. 275-282). Assen: Van Gorcum.
- Vlieggen, N. (2009). De relatie in de psychodynamische psychotherapie. In N. Vlieggen, P. Meurs & L. Van Lier (red.), *Geduldig gereedschap* (p. 25-46). Leuven: Acco.
- WINNICOTT, D.W. (1956). Primary maternal preoccupation. In D.W. Winnicott (red.), *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis* (p. 300-305). Londen: Tavistock.

SUMMARY

Between bed and chair ... — Psychodynamic psychotherapy in a Maternal Intensive Care Unit in a general hospital.

This article presents some of the aims and difficulties in the work of a psychodynamic child psychotherapist in a maternal intensive care unit at a general hospital. The aims of the therapist are to contain and reflect on the traumatic experience of a possible extreme premature birth and to recreate a safer mother-baby relationship in the mind of the hospitalized mother, with interventions that are protective towards the later relationship with the baby. Some difficulties in this specific setting are due to the somatic environment, the action-focused partners, the contaminated hospital room, the transference and counter-transference dynamics in the doctor/nurse/psychologist team.

Key words: infant psychotherapy, MICU/NICU in a general hospital, mother-baby relationship in mind

Manuscript ontvangen 19 februari 2013

Definitieve versie 23 september 2013