

# Nood aan psychologische begeleiding bij vroeggeboorte, een miskend multitrauma in de kiem van het ouderschap

Yannic Verhaest, Nicole Vliegen, Patrick Luyten, Christine Vanhole, Gunnar Naulaers

Wereldwijd daalt de perinatale sterfte dankzij de indrukwekkende technologische vooruitgang in het domein van de neonatologie. Parallel met deze positieve tendens is er echter ook een toename van vroeggeboorten. In Vlaanderen worden er op elke honderd baby's zeven preterm geboren, gedefinieerd als minstens drie weken te vroeg geboren (Cammu, Martens, Landuyt, De Coen & Defoort, 2007). Bovendien neemt de proportie preterme geboorten toe binnen het aantal kinderen dat perinataal sterft (Hanssens, Devlieger & Keirse, 2007).

Nadat de zo levensbelangrijke hoogtechnologische evolutie op medisch vlak een grote vlucht nam, is er actueel dringend nood aan meer aandacht voor de rol van psychologische factoren. Deze nood wordt anno 2008 vaak niet of onvoldoende erkend. Zelfs binnen de klinische psychologie is de specifieke dynamiek eigen aan een preterme geboorte en de opname op een intensieve neonatale afdeling (NICU) een vrij onbekend terrein. De vakliteratuur over dit thema is beperkt.

In deze context beargumenteren we dat preterme geboorte aangezien kan worden als een multitrauma, waarbij psychologische ondersteuning, op maat gesneden van de noden van de ouders, noodzakelijk is. Klinisch psychologen zouden een centrale rol moeten spelen in deze hulpverlening, ingebed in een multidisciplinair team. Hoewel hiervoor meer openheid groeit, is er nog veel werk aan de winkel. In deze bijdrage schetsen we de complexe situatie van het preterme kind en zijn gezin, wat de noden zijn en wat er op dit ogenblik al gebeurt in het werkveld en wat de tekorten zijn.

## Vroeggeboorte als multitrauma

Verskillende onderzoeken tonen aan dat ouders van preterme kinderen een verhoogd risico lopen op een acute stressstoornis (Shaw et al., 2006), op een posttraumatische stressstoornis (DeMier, Hynan, Harris & Maniello, 1996; Singer et al., 1999; Holditch-Davis, Bartlett, Blickman & Miles, 2003), evenals op depressie (Miles, Holditch-Davis, Burchinal & Nelson, 1999). Ook de klinische literatuur beschrijft het verlamme effect van de initiële schok. Ouders reageren met afwezigheid van affect (Steinberg, 2006), geven een verdoofde indruk, klinken vaak afgevlakt en onthecht. Gevoelens van ongeloof en irrealiteit vormen een barrière tussen moeder en kind.

Toch wordt – ondanks het ingrijpende van een preterme geboorte – het traumatische aspect ervan vaak miskend. Bij een vroeggeboorte is immers het overleven van het kind

prioritair, de medische kennis en technologie staan centraal en andere aspecten komen op de tweede plaats. Bovendien formuleren ouders zelden een hulpvraag. Ze zijn in shock, functioneren op automatische piloot en zijn zich aanvankelijk niet bewust van de impact van de gebeurtenis. Ouders zitten in 'crisis-coping modus', wat vaak een partiële dissociatie inhoudt.

Men kan hier spreken van een 'multitrauma' aangezien het traumatische zich op minstens drie niveaus afspeelt, die bovendien met elkaar interageren:

- het trauma bij de ouders die psychologisch nog niet klaar zijn voor de komst van dit kind;
- het trauma op het niveau van het kind dat fysiek en psychologisch nog niet rijp is om zelfstandig te functioneren buiten de moederschoot;
- ook de opname op de Neonatale Intensive Care Unit (NICU) is vaak traumatiserend, aangezien het een onverwachte, onbekende en technische wereld is die het gewone contact tussen ouders en kind ernstig inperkt.

Tracey (2000; zie ook Breesch & Vliegen, in press) is een van de zeldzame auteurs die erin slagen een venster te openen op de wereld van het vroeggeboren kind en diens omgeving. Zo beschrijft ze op een heldere wijze de leefwereld van de ouders, het kind, maar ook de ruimere familie en de mensen die op een NICU werken.

## De beleving van de ouders

Een preterme geboorte is voor ouders intrusief en bedreigend. De ouders voelen zich onverwacht en veel te vroeg overvallen door het ouderschap. De moeder voelt zich bovendien tezelfdertijd van het moederschap, van haar kind en van de gevoelens van extase na de bevalling beroofd. Ze is overgeleverd aan en afhankelijk van mensen met een gespecialiseerde medische kennis. Daarenboven wordt een aantal primitieve angsten en fantasieën, die bij de fase van pril ouderschap horen, versterkt vanuit de bedreigende realiteit. Zo kan de moeder zich schuldig voelen voor het niet tot een goed einde brengen van de zwangerschap en kwaad en ontgoocheld zijn door de intrusie van de medische staf op hun prille gezinsleven. Het beeld van de moeder over zichzelf als mature vrouw, sterk genoeg om leven te creëren en te dragen, wordt verbrijzeld. Bovendien worden moeder en kind bruusk gescheiden. Vreemde personen nemen het kind weg naar een onbekende bestemming. Het kind is uit het zicht en de moeder kan het gevoel hebben dat wat er gebeurt, onwerkelijk is. "Is de baby geboren? Waar is hij dan? Is de baby die ze mij tonen echt mijn kind?" Deze gevoelens verdwijnen soms, maar steken vaak weer de kop op, ook in de maanden die volgen.

Waar onderzoek aanvankelijk gericht was op de beleving van moeders, is er recent ook aandacht voor de vaders en voor de verschillen in beleving tussen beide ouders. Fegran en collega's (2008), bijvoorbeeld, beschrijven hoe vaders de vroeggeboorte als een schok ervaren, maar vervolgens vrij vlug klaar zijn om te participeren in de verzorging van het kind. Moeders daarentegen ervaren de situatie meer als surreëel en voelen zich hulpeloos en machteloos. Moeders willen het contact met hun kind herstellen, terwijl vaders het zien als het begin van een nieuwe relatie.

Waar alle ouders bij een nieuwe geboorte in een toestand van verminderd evenwicht worden gebracht, worden ouders bij een vroeggeboorte volledig overspoeld door emoties: angst, verdriet, eenzaamheid, ongeloof, verlies van zelfvertrouwen als ouder, schuldgevoelens, gevoelens van afkeer tegenover het onooglijk kleine en vreemd uitziende wezentje dat hun kind zou zijn, afgunst, kwaadheid en jaloezie (Prugh, 1953).

De baby lijkt zo ongelofelijk kwetsbaar. Wat verwacht werd een intens positieve ervaring te zijn, is uitgedraaid op een existentiële crisis (Yalom, 1980).

## De beleving van het kind

Normaliter ontwikkelt een kind zich ongeveer veertig weken in de baarmoeder en is het dan klaar voor een zelfstandig bestaan buiten het lichaam van de moeder. Het is voorzien van de vaardigheden om een beroep te doen op zijn omgeving en het bouwt voort op de bekende smaken, geuren en geluiden die het prenataal leerde kennen. Het wordt bemoederd, gedragen en beschermd om zo de nieuwe wereld op eigen tempo te kunnen ontdekken (zie Vliegen, 2006 voor een review van de literatuur).

Het te vroeg geboren kind is biologisch en psychologisch niet klaar voor het extra-uteriene leven. Technologie, de medische specialisten en neonatale zorg zijn noodzakelijk om het kind in leven te houden. Ze houden de meest basale functies op peil: temperatuur, ademhaling, voeding. De capaciteit om zorgende en beschermende responsen van zorgfiguren uit te lokken, is bij de preterm baby onderontwikkeld. De mogelijkheid om te communiceren is verstoord door de fysiologische instabiliteit van alle sensorische systemen, de onmogelijkheid om periodes van rustige alertheid vol te houden, de immature bewegingspatronen en de beperkte zelfregulatie. Diffuse lichte slaap overheerst. Normale gedragscommunicatie is minder duidelijk en hierdoor moeilijker te interpreteren (Hardy, 2000).

De warme en familiale omgeving die het kind afschermt tegen intrusies van buitenaf, ontbreekt. Waar de capaciteit om met stress om te gaan bij een aterm geboren kind nog vrij immatuur is, kunnen we ons moeilijk voorstellen hoe overweldigend de stress van ademhaling, voeding, incongruente, ongecoördineerde en oncomfortabele sensorische ervaringen kan zijn voor het te vroeg geboren kind. Vaak is het kind zelfs te kwetsbaar om vastgehouden te worden. Hoge niveaus van licht en geluid kunnen leiden tot beschadiging van het gehoor en het zicht, om nog niet te spreken van bijkomende stressoren als ziekte, congenitale abnormaliteiten, chirurgische ingrepen en pijn. In de wereld van de NICU zijn slecht getimedede noodzakelijke handelingen, pijnlijke of oncomfortabele procedures zoals een hielprik, fysiotherapie en routineprocedures immers niet te vermijden.

## De beleving van de Neonatale Intensive Care Unit (NICU)

De NICU is een gespecialiseerde intensievezorgafdeling waar ernstig zieke en preterm geboren kinderen worden opgenomen. Pasgeborenen vechten er vaak voor hun leven en kinderen verliezen er soms de strijd. De baby's verblijven er meestal meerdere weken of zelfs maanden tot ze sterk en zelfstandig genoeg zijn om mee naar huis te kunnen. Het is vaak een weg van vallen en opstaan. De ene dag kan het kind het goed stellen en de andere dag is het weer kritiek, dit door de onrijpheid van het lichaam en de zwakke immuniteit eigen aan het preterm zijn.

Een NICU is als een andere wereld. De toegang wordt bepaald door een aantal rituelen: handen wassen, beschermende kledij aantrekken, vaste regels respecteren, ... De hightechomgeving en de baby die geïsoleerd en gescheiden in een couveuse ligt, geven een surreëel karakter aan de eerste ontmoeting. Het zicht van deze kleine, kwetsbare baby, de psychologische uitputting van de moeder, de angst die de geboorte omgeeft, versterken nog het irreële gevoel van de ouders.

Moeder en moederschoot worden vervangen door couveuse, draden en tubes, instrumenten en onbekende mensen. Ouders 'bezoeken' hun kind, hebben het gevoel dat ze in de weg lopen en verontschuldigen zich. Ze zijn in shock, verstomd en verbijsterd. Ze hebben het gevoel dat ze falen en geven dan ook vaak al te graag alles door aan het team van de afdeling, dat ze zien als sterker, wijzer en competentier in het helpen overleven van het kind. Optimaal evolueert de relatie tussen staf en ouders van 'geen competitie' via 'actieve competitie' naar 'collaboratie', om tot slot de verantwoordelijkheden aan de ouders af te staan. Een sfeer van goodwill ten aanzien van de moeilijke gevoelens van ouders is essentieel om tot een goede werkrelatie te komen tussen het NICU-team en ouders.

### Interactie tussen het kind, de ouders en de NICU

Kind-, ouder- en afdelingsfactoren versterken elkaar bovendien. Zo worden gevoelens van falen, onkunde en hulpeloosheid ten gevolge van het niet tot een goed einde kunnen brengen van de zwangerschap, versterkt door de noodzaak aan professionele hulp voor het kind na de geboorte. De ouders kunnen immers hun kind onmogelijk zelf in leven houden.

De drempel die ouders sowieso al ervaren om een intiem en persoonlijk contact op te bouwen met hun fragiele kind, wordt verhoogd door de apparatuur die het kind omgeeft en het erg publieke karakter van de afdeling. Bovendien reageert het kind niet zoals een aterm kind en ervaart het omgevingsprikkelers al snel als te belastend. Goedbedoelde aanrakingen of troostende strelingen zijn al gauw te intrusief, waardoor het kind zich afwendt, wat vervolgens de ouders een gevoel van afwijzing bezorgt en hun nog prille zelfbeeld van competent ouderschap verder neerhaalt.

Dit zijn slechts enkele voorbeelden van hoe de drie domeinen elkaar beïnvloeden en het traumatische karakter van een vroeggeboorte verder versterken.

## De nood aan meer psychologische hulpverlening

### Actuele stand van zaken

Tot 1990 was overleving het primaire doel in de neonatale zorg. Door de forse stijging van de overlevingskansen is er de laatste twintig jaar meer ruimte ontstaan om ook te denken vanuit een meer sociaal, emotioneel en psychologisch perspectief. Hieruit hebben zich diverse interventies ontwikkeld die beogen de iatrogene effecten van de NICU-omgeving te beperken. Het bekendste initiatief is het Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP),<sup>1</sup> een wereldwijd gebruikt programma ontwikkeld door Heidelise Als en collega's (1986), dat een gespecialiseerde opleiding vraagt en erg tijdsintensief is. Door de haalbaarheid wordt vaak gekozen niet het hele NIDCAP-programma te implementeren, maar er een aantal belangrijke aspecten uit te lichten.

Ook op de NICU in Gasthuisberg te Leuven<sup>2</sup> vinden interventies plaats die erop gericht zijn het comfort van de baby te verhogen en daardoor zijn ontwikkelingskansen te optimaliseren. Enerzijds wordt stress actief gereduceerd gedurende zorg en interventies door bijvoorbeeld negatieve prikkels zoals geluid en licht maximaal te vermijden en gebruik te maken van 'nesting'.<sup>3</sup> Ook werd een neonatale pijnschaal ontwikkeld om het niveau van pijn bij deze fragiele kinderen beter te kunnen bepalen en bestrijden via farma-

cologische en non-farmacologische behandeling. Verder streeft men naar maximale ouderparticipatie en worden kangoeroeën<sup>4</sup> en borstvoeding actief ondersteund. Dit zijn belangrijke stappen in het optimaal begeleiden van deze preterm geboren baby's en hun ouders.

**Er is echter nood aan meer...**

Hoewel vroeggeboorte een duidelijk traumatisch karakter heeft voor zowel de ouders als het kind en de gehechtheidsrelatie stevig onder druk plaatst, is psychologische begeleiding op een NICU niet als een vanzelfsprekend gegeven geïntegreerd. En dit terwijl alle partijen op een NICU – zowel ouders als medische hulpverleners – zich ervan bewust zijn dat menselijk contact, betrokken en zorgzame woorden en ondersteunende daden tussen alle machines door, de ouderlijke capaciteit om hun ervaring te verdragen, faciliteren. De hoge werkdruk en stress in het team bemoeilijken echter dit contact of maken het zelfs onmogelijk.

De medische staf wenst vaak emotioneel meer beschikbaar te zijn voor de nieuwe ouders, maar ervaart dat dit niet altijd lukt. Zowel tijdsgebrek als de eerder beperkte opleiding in counselingvaardigheden kan hierin een rol spelen. Bovendien is het essentieel dat medici en paramedici in staat zijn hun empathische vermogen uit te schakelen om moeilijke of pijnlijke ingrepen op deze kleine en kwetsbare baby's te kunnen uitvoeren (Cheng et al., 2007). Maar het uit- en weer aanschakelen van dat empathische vermogen is uiteraard geen eenvoudige opdracht. Meestal wordt verwacht dat verpleegkundigen de ouders opvangen, maar ook zij voelen zich onvoorbereid of ervaren zelf nood aan steun bij deze complexe taak binnen deze veeleisende omgeving. Toch hebben de ouders hulp nodig om het verlies van hun 'aterme, gedroomde en volmaakte baby' en de anticipatie op het mogelijke verlies van het kind te verwerken, om de relatie met hun kind te faciliteren en depressie te vermijden.

Het is noodzakelijk dat er tijd wordt gemaakt voor een eerlijk, zorgzaam en steunend gesprek met de ouders over onder andere oorzaken en gevolgen van de vroeggeboorte, zodat hun begrip verhoogd wordt en gevoelens van schuld en kwaadheid gemilderd en verwerkt kunnen worden. Een gesprek biedt bovendien de gelegenheid om stil te staan bij de gevoelens met betrekking tot de existentiële crisis die zij doormaken. Een gesprek dat een authentieke dialoog is – en geen monoloog van arts of verpleging – helpt te voorkomen dat de narratieve sequentie blokkeert (Barnett, 2000). Psychologen zouden in deze context dan ook een vast onderdeel moeten zijn van het multidisciplinaire team op een NICU. Helaas is dat zelden het geval.

## **Besluit**

Vroeggeboorte is een crisisgeboorte in traumatische omstandigheden en kan een negatief effect hebben op het prille contact tussen ouders en kind, wat dan weer risico's met zich meebrengt voor de veilige gehechtheidsrelatie, evenals voor de ontwikkeling van het kind. In het licht van de hoge prevalentie, het erg traumatische karakter van deze situatie en de mogelijke effecten op de ontwikkeling van het kind, zou het vanzelfsprekend moeten zijn dat ouders in deze moeilijke periode psychologische begeleiding krijgen.

## **N** Noten

1. Meer info op [www.nidcap.org](http://www.nidcap.org).
2. Meer info op [www.uzleuven.be/diensten/neonatologie/](http://www.uzleuven.be/diensten/neonatologie/).
3. Nesting betekent dat de baby tijdens de behandeling in een comfortabele flexiepositie wordt gedragen.
4. Hierbij wordt de naakte baby op de naakte borst van de ouder gelegd. Meer info op [www.vvoc.be/kangeroeen.htm](http://www.vvoc.be/kangeroeen.htm).

## **L** Literatuur

Als, H., Lawhon, G., Brown, E., Gibes, R., Duffy, F.H., McAnulty, G. et al. (1986). Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: Neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics*, 78(6), 1123-1132.

Barnett, B. (2000). Whose baby is it? In N. Tracey (Eds.), *Parents of premature infants. Their emotional world* (pp. 215-228). London: Whurr Publishers.

Breesch, K., & Vliegen, N. (in press). Premature geboorte, prematuur ouderschap. In N. Vliegen & C. Leroy (Eds.), *Horen, zien en spreken. Psychoanalytische therapie met baby's en ouders*. Leuven/Amersfoort: Garant.

Cammu, H., Martens, G., Landuyt, J., De Coen, K., & Defoort, P. (2007). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2006*. Brussel: SPE.

Cheng, Y., Lin, C., Liu, H., Hsu, Y., Lim, K., Hung, D., & Decety, J. (2007). Expertise modulates the perception of pain in others. *Current Biology*, 17(19), 1708-1713.

Cohn, J.F., Matias, R., Tronick, E.Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *New Directions for Child Development*, 34, 31-45.

DeMier, R., Hynan, M., Harris, H., & Maniello, R. (1996). Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *Journal of Perinatology*, 16, 276-280.

Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M.S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816.

Hanssens, M., Devlieger, H., & Keirse, M.J.N.C. (2007, July). *Convergence and divergence in preterm birth and perinatal mortality rates*. Poster session presented at The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists International Scientific Meeting, Londen.

Hardy, H. (2000). The experience of early infancy for the preterm infant. In N. Tracey (Eds.), *Parents of premature infants. Their emotional world* (pp. 195-212). London: Whurr Publishers.

Holditch-Davis, D., Bartlett, T., Blickman, A., & Miles, M. (2003). Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 161-171.

Miles, M., Holditch-Davis, D., Burchinal, P., & Nelson, D. (1999). Distress and growth outcomes in mothers of medically fragile infants. *Nursing Research*, 48, 129-140.

Prugh, D. (1953). Emotional problems of the premature infant's parents. *Nursing Outlook*, 1, 461-464.

Shaw, R.J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B., & Koopman, C. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, 47(3), 206-212.

Singer, L.T., Savator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low birth-weight infant. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 281(9), 799-805.

Steinberg, Z. (2006). Pandora meets the NICU parent or whither hope? *Psychoanalytic Dialogues*, 16, 133-147.

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Tracey, N. (Eds.) (2000). *Parents of premature infants. Their emotional world*. London: Whurr Publishers.

Vliegen, N. m.m.v. Leroy, C., & Meurs, P. (2006). *Kleine baby's, prille ouders. Samen in ontwikkeling*. Leuven: Acco.

Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

#### Personalia

Yannic Verhaest is klinisch psychologe, psychoanalytisch psychotherapeute en onderzoekspsychologe werkzaam op de afdeling KLIPP (Klinische Psychotherapie voor Persoonlijkheidsmoeilijkheden) in het UPC K.U.Leuven, campus Kortenberg. Zij is vrijwillige onderzoeksmedewerkster verbonden aan de onderzoeksgroep Psychotherapie en Psychodynamische Psychologie van het departement Psychologie van de K.U.Leuven. Ook is zij bestuurslid in het VVOC (Vlaamse Vereniging voor Ouders van Couveusekinderen).

Nicole Vliegen is doctor in de klinische psychologie, seksuoloog, psychoanalytisch kindtherapeut en psychoanalyticus. Ze is verbonden aan het Centrum voor Kinderpsychotherapie en Ontwikkelingsgerichte Interventie (onderzoeksgroep Psychotherapie en Psychodynamische Psychologie) van de K.U.Leuven en staflid van de opleiding psychoanalytische kindtherapie. Ze is voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie en lid van de Belgische School voor Psychoanalyse.

Patrick Luyten is docent aan het departement Psychologie van de K.U.Leuven.

Christine Vanhole is professor-dokter verbonden aan de dienst Neonatale Intensieve Zorgen van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven.

Gunnar Naulaers is professor-dokter verbonden aan de dienst Neonatale Intensieve Zorgen van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven.

Correspondentieadres: Yannic Verhaest, UPC K.U.Leuven, campus Kortenberg, Leuvensesteenweg 517, 3060 Kortenberg. E-mail: [yannic.verhaest@uc-kortenberg.be](mailto:yannic.verhaest@uc-kortenberg.be).