



# Psychische kwetsbaarheid in de perinatale periode, pril ouderschap onder druk

door lanthe Van Dorsselaer

---

De geboorte van een kind en de geboorte van een ouder is een fascinerende periode, intens en bijzonder, maar ook heel kwetsbaar. Er zijn weinig periodes in een mensenleven die een leven zo ingrijpend veranderen dan de geboorte van een kind en toch lijkt er in het dagelijkse leven weinig ruimte te zijn om met deze veranderingen om te gaan. Zwangerschap, ouderschap-in-wording en de kwetsbaarheid die hieraan inherent is, zijn zeer 'gelaagde' thema's, bij uitstek systemisch met een belangrijke pedagogische insteek.

---

Het krijgen van kinderen is een belangrijke levensgebeurtenis die kan gepaard gaan met een toenemende kwetsbaarheid voor psychologische problemen. Twee op tien vrouwen hebben psychische problemen tijdens de zwangerschap en het eerste levensjaar volgend op de geboorte van hun kind. Deze mentale gezondheidsproblemen binnen de perinatale periode<sup>1</sup> worden vaak niet onderkend door gebrek aan kennis, aan tijd en door het taboe dat rust op het benoemen van mentale problemen binnen deze verondersteld mooie periode. Drie kwart van de vrouwen die aan de DSM-5-criteria voldoen voor angst- en depressieve stoornissen worden niet geïdentificeerd en slechts één op tien vrouwen krijgen de hulp die ze nodig hebben (Van Damme, Van Parys, Vogels, Roelens & Lemmens, 2018).

## Perinatale mentale gezondheid

Heel wat vrouwen gaan door een aanpassingsperiode nadat ze ouder geworden zijn. Dit hoort bij de transitie naar het ouderschap en ouders dienen vooral tijd en ruimte te krijgen om zich aan te passen aan deze nieuwe rol. Zo zijn er de welgekende *postpartum blues of baby blues*, deze komen vaak voor in de eerste week na de bevalling (bij 30 tot 75% van de net bevallen vrouwen), met een piek tussen dag 3 en dag 5, hierbij zouden hormonale aanpassingen een rol spelen. Verschijnselen zijn

oa. snelle stemmingswisselingen, prikkelbaarheid, concentratieproblemen en lichte verwardheid. Deze klachten verdwijnen meestal binnen enkele dagen tot een week, zonder dat er specifieke maatregelen dienen genomen te worden (Van Damme et al., 2018). Van Weddingen (2013) introduceert het fenomeen van *moederrouw*: hier wordt het moeder worden vergeleken met een rouwproces. Moeders leren door dit rouwproces de vele veranderingen (en het verlies) in te passen in hun leven.

Perinatale mentale stoornissen refereren naar psychiatrische stoornissen die voorkomen in de perinatale periode, ze kunnen in ernst en intensiteit variëren van milde depressieve stoornissen en angststoornissen tot de ernstige postpartumpsychose (Van Damme et al., 2018). Een *peri-partum depressie* (PPD) verschilt qua symptomen niet van een depressie buiten de zwangerschap, de inhoud en de presentatie van de depressie kunnen wel verschillen. Zo kunnen moeders met een depressie een verminderde band met het kind voelen en staan schuld- en insufficiënte gevoelens over het moederschap op de voorgrond (Pop, 2015). *Angststoornissen* gaan vaak samen met perinatale stemmingsstoornissen (Van Damme et al., 2018). Aangezien controle voor veel moeders zo belangrijk is, is het logisch dat er angst- en paniekaanvallen uit kunnen volgen. Controle en angst zijn onlosmakelijk verbonden (Van

---

1 De perinatale periode behelst de tijdsperiode tussen de conceptie en de eerste verjaardag van het kind

---

Weddingen, 2013). De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van *posttraumatische-stressstoornis* (PTSS) na de bevalling is de interpretatie door de vrouw van wat er tijdens en direct na de bevalling is gebeurd. Belangrijke factoren zijn gebrek aan steun van hun partner tijdens de bevalling, gebrek aan empathie en communicatie van medisch personeel en het gevoel overgeleverd te zijn en geen inbreng te hebben in de te nemen beslissingen tijdens de bevalling (Wijsma & Stramrood, 2015). De laatste jaren wordt er ook meer aandacht besteed aan de effecten van het ouderschap op de mentale gezondheid van de vaders (Van Damme et al., 2018).

Aanvankelijk werd er vooral vanuit biologische verklaringen (bv. hormonale of schildklier dysfuncties) naar diagnoses als postpartum depressie gekeken. Tegenwoordig wordt het biopsychosociale perspectief gehanteerd: postpartum psychische problemen worden als een complex verschijnsel geformuleerd waarbij biologische, psychologische en sociale invloeden spelen, en die factoren beïnvloeden bovendien elkaar (Meulink, 2015). De hulpverlening kan vanuit deze visie vormgegeven worden.

## Hulpverlening aan psychisch kwetsbare gezinssystemen in de perinatale periode

Om psychisch kwetsbare gezinnen in de perinatale periode te helpen is het relevant om vanuit verschillende contexten en relaties te werken.

### Legitimatie

Er bestaat heel wat literatuur over de impact op de moeder-kindrelatie en op het kind wanneer de moeder in de perinatale periode kampt met een psychiatrische problematiek. Van Doesum (2005) geeft aan dat er aanwijzingen zijn dat het stressniveau van de foetus bij vrouwen die depressief zijn tijdens de zwangerschap verhoogd is en vlak na de geboorte wordt vaak deregulatie geconstateerd op gedrags-, fysiologisch en hormonaal niveau. Vliegen, Casalin en Luyten (2011) beschrijven hoe bijvoorbeeld bij een postpartum depressie het vroege ouderschap gekenmerkt is door een overvloed van angstige gedachten en gevoelens en een verstoorde regulatie van het affectleven. Dit betekent dat de baby te maken krijgt met een contactaanbod dat gekleurd is door negatieve en depressieve gevoelens. De ouderlijke problematiek kan heel concreet van invloed zijn op de diverse sensorische domeinen die bij de communicatie betrokken zijn: stem, gelaat, aanraking. Lenaerts en Docx (2005) beschrijven hoe emotionele responsiviteit, containment en reflectief functioneren, als drie aan elkaar verwante processen die zich afspelen in de vroege ouder-kind relatie, onder druk kunnen komen te staan. Zo beschrijven ze i.v.m. de emotionele responsiviteit hoe bv. de neerslachtigheid bij moeders met een postpartumdepressie maakt dat ze weinig plezier kunnen beleven aan het contact met hun baby,

de afvlakking in het contact met de baby is opvallend. Het lukt deze moeders niet, omwille van stemmingswisselingen of bij momenten volledig gepreoccupeerd zijn met eigen gedachten en zorgen, om hun kind een voorspelbare houvast te bieden. Deze baby's tonen zich veel kwetsbaarder voor regulatieproblemen. Clark, Tluczek en Wenzel (2003) geven aan dat een relationele interventie in de behandeling van PPD (waar de focus naast de depressieve symptomen ligt op moeder-infant en andere familierelaties, op de sociale context, op de verschillende rollen van de moeder) essentieel is voor het welzijn van de moeder én voor de ouder-kind-interactie. Deze auteurs pleiten ook voor de aanwezigheid van de infant tijdens de therapiesessie.

Het is ook belangrijk om de partner in de behandeling te betrekken. Enerzijds vanuit de gekende impact van de depressie van de moeder op de partnerrelatie. Spanningen in de partnerrelatie kunnen worden gezien als een belangrijke risicofactor voor de onset van een PPD (Barnes, 2006). Anderzijds vanuit de evolutie die de partnerrelatie doormaakt wanneer er een kind geboren wordt.

Verhofstadt en Weytens (2010) concluderen dat het krijgen van kinderen een paradoxaal effect heeft op partnerrelaties: zo blijkt het hebben van kinderen de relatie stabiliteit te verhogen, maar de relatiekwaliteit te doen dalen. Zo'n 50% van de partners kampt zelf met psychische problemen en heeft nood aan ondersteuning (Peeters, 2018). Cluxton-Keller en Bruce (2018) brengen de evidentie voor de toepassing van systeemtherapeutische interventies in de preventie en behandeling van perinatale depressie. De eigenheid van de systemische interventie bestaat hier in het werken rond verbetering van de relatie tussen de moeder en een ander volwassen gezinslid. Uit de analyse blijkt dat deze interventies een significante reductie teweegbrengen van perinatale depressieve symptomen. De betrokkenheid van de partner in de therapie heeft een effect op de impact van de depressie bij de moeder.

Familiale, sociale, professionele en maatschappelijke context van beide ouders hebben invloed op de manier waarop zij de buitenwereld in het leven van hun kinderen binnenbrengen, dit speelt een belangrijke rol bij de wijze waarop zij de relatie met hun kinderen vormgeven. Gezinnen met jonge kinderen worden beschreven als een hectisch kruispunt van ontwikkelingslijnen. Er is de individuele ontwikkeling van ouders binnen hun maatschappelijke en culturele context, er is de ontwikkeling van de partnerrelatie binnen de maatschappelijke context en de cultuur van het gezin van herkomst en er is de onomkeerbare, ingrijpende overgang naar ouderschap met zowel intergenerationele als contextuele veranderingen en eisen. Natuurlijk is er ook nog de ontwikkeling van de baby, met zijn eigen persoonlijkheid en temperament en zijn noden, behoeften en mogelijkheden (van Grisven & Alexander-Martijn, 2014).



*Twee op tien vrouwen hebben psychische problemen tijdens de zwangerschap en het eerste levensjaar volgend op de geboorte van hun kind.*

### Ouder-kind-relatie

Verschillende bronnen pleiten voor het aanbieden van geïntegreerde zorg. Behandeling van de moeder is niet voldoende en niet effectief wanneer er niet tegelijkertijd ondersteuning is van de prille hechtingsrelatie met de baby. Te weinig continuïteit in de zorg en een gebrek aan responsiviteit kan een impact hebben op verschillende ontwikkelingsdomeinen. Het aansluiten bij de ouder-kind-dyade sluit volledig aan bij de infant mental health (IMH) benadering. Binnen IMH staat de ouder-babyrelatie centraal en vormt de relatie de ingang voor behandeling en diagnostiek. De essentie van IMH ligt in het bevorderen van de kwaliteit van de (aan-

staande) ouder-kind-relatie om zo de ontwikkeling van het jonge kind te optimaliseren. De biologische-, ontwikkelings-, en omgevingscontexten krijgen vorm via de ouder-kindrelatie. Het is door deze relatie dat het jonge kind de wereld gaat begrijpen, interacties met andere aangaat en een gevoel van competentie, eigenwaarde en 'zelf' ontwikkelt.

Tijdens de zwangerschap bestaat een kind in de verwachtingen, fantasieën, gevoelens, projecties van de ouders en het grotere familiesysteem. Na de geboorte blijkt ieder kind een uniek menselijk wezen met een eigen aanleg, temperament en behoeften waarbij ouders door hun eigen aanleg en temperament meer of minder kunnen aansluiten. Dit kan een grote overgang zijn voor ouders, afstemming blijkt een proces van vallen en opstaan en gaat met onzekerheden gepaard (van Grinsven & Alexander-Martijn, 2014).

Lenaerts en Docx (2005) beschrijven de krachtlijnen in



de preventieve hulpverlening voor de baby en zijn gezin. Ten eerste gaat er, ter ondersteuning van de moeder-kindinteractie, bijzondere aandacht naar de manier waarop het contact en de afstemming tussen moeder en haar baby verloopt. De hulpverlening installeert een klimaat van 'holding environment'. Als de moeder de hulpverlener ervaart als 'goedaardige en ondersteunende ouder', kan ze de bekritiserende en afwijzende representaties over het ouderschap milderer. En dan kan er meer ruimte komen om andere interactiepatronen met haar baby te installeren dan deze die ze zelf vroeger als kind ervaren heeft. Emotionele beschikbaarheid, containment van innerlijke onrust, maar ook voorspelbaarheid vanuit de hulpverlening zijn belangrijk.

### Partnerrelatie

Feinberg en Kan (2008) pleiten met hun preventieve programma 'Family Foundations' om tijdens de perinatale periode in te zetten op samenwerking tussen ouders (coparenting). Ze onderscheiden verschillende

---

dimensies in deze 'coparenting' o.a. taakverdeling tussen de ouders, opvoedingssteun, nabijheid in het ouderschap. Ze tonen in hun studie aan dat dit een positief effect heeft op de relatie tussen de ouders, op de regulatie van kinderen, maar ook op de mentale gezondheid van de moeder. Barnes (2006) gaat er vanuit dat de overweldigende vraag van een pasgeborene bij beide ouders gedachten en gevoelens verbonden met vroegere ervaringen en onvervulde hechtingsbehoeften kunnen triggeren en dat het belangrijk kan zijn hier in therapie contact mee te maken. Zij beschrijft hoe elementen vanuit Interpersonal Psychotherapy (IPT) en vanuit Emotionally Focused Therapy werkzaam kunnen zijn bij PPD. Partnersteun heeft namelijk een duidelijk effect op vrouwen met een PPD (Barnes, 2006).

Ook in de review van Cohen en Schiller (2017) wordt benadrukt dat het noodzakelijk is om de partners te betrekken in de behandeling van postnatale depressie. Ze stellen vast dat oa. relationele conflicten, moeilijke communicatie tussen partners en een lage relationele tevredenheid bijdragen aan de ontwikkeling van PPD. Zij stellen een model voor dat therapeuten als richtlijn kunnen gebruiken om therapeutisch te werken rond PPD met de cliënt én haar partner. Dit model omvat drie kerncomponenten: psycho-educatie, communicatie training en activatie van gedrag, elke component is gerelateerd aan een aantal interpersoonlijke risicofactoren voor PPD (Cohen & Schiller, 2017).

### Psychologie van het ouderschap

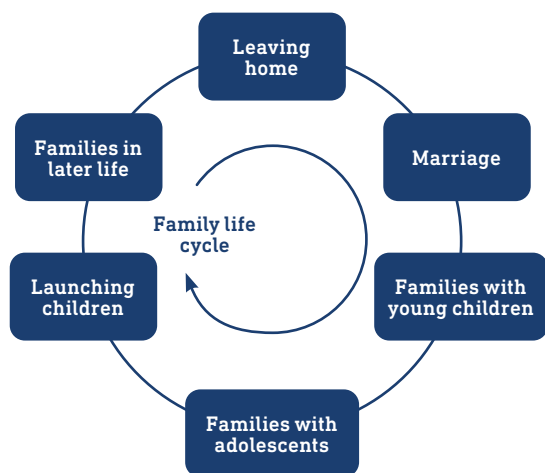
In de transitie naar het ouderschap ontwikkelen en groeien ouders. Alice van der Pas (2015) pleit voor aandacht en kennis van de psychologie van het ouderschap en raadt hulpverleners aan om de beleving van het ouderschap van beide ouders ter sprake te brengen. Ze stelt dat paren met een kind twee relaties met elkaar hebben: als partners én als ouders en dat elk van die relaties eigen prioriteiten heeft, een eigen agenda en andersoortige interactie. Bovendien is de omstandigheid 'ouderrelatie' dwingender en eisender dan de omstandigheid 'partnerrelatie' (Van der Pas, 2015). Van der Pas (2014) beschrijft ouderschap als een systemisch multiversum. De voor ouderschap specifieke 'bufferfactoren' (ten aanzien van bepaalde risico's) zijn: een gemeenschap die solidair is met ouders, een behulpzaam sociaal netwerk, het vermogen tot reflecteren op eigen handelen als ouder (meta-positie) en 'goede-ouder'-ervaringen. Geen enkele interventie in welke setting ook kan zonder die buffer, en elke interventie begint met de bereidheid van de hulpverlener om in de schoenen van de ouders te gaan staan en te willen zien wat zij zien.

### Gezinsontwikkeling

De levenscyclus van families is een belangrijk concept in systeemtherapie (Van Lawick & Savenije,

*De laatste jaren wordt er ook meer aandacht besteed aan de effecten van het ouderschap op de mentale gezondheid van de vaders.*

2014): families veranderen in de loop der tijd op een manier die te vergelijken is met veranderingen in de individuele levenscyclus. Families moeten zowel stabiliteit als continuïteit bewaren als zich aanpassen en veranderen onder invloed van de groei en ontwikkeling van individuele gezinsleden en onder invloed van veranderende omstandigheden. Het klassiek geworden gezinscyclusmodel van Carter en McGoldrick onderscheidt zes fasen. Elke fase kent specifieke taken en specifieke moeilijkheden. Faseovergangen zijn perioden waarin families onder druk staan. De veranderingen lopen soms soepel en gelijkmatig, maar soms zijn er ook discontinue sprongen, bijvoorbeeld bij de geboorte van een eerste kind. Zicht krijgen op veerkracht en risico, op draagkracht en draaglast van het gezin is hierbij zeer belangrijk.



Afbeelding 1: Gezinscyclusmodel

### Gezin van herkomst – intergenerationale veranderingen en eisen

Een ander domein van verandering is de plaats die een ouderpaar inneemt binnen de andere generaties in hun beider families (Vliegen & Rexwinkel, 2011). Sommige moeders hebben het moeilijk om zich in te leven in de baby. Onverwerkte kwetsuren uit de eigen kindertijd verschijnen op het moment dat ze zelf moeder worden, als spoken in de kinderkamer (Lenaerts & Docx, 2005). Dit concept van 'ghost in the nursery' werd voor het eerst beschreven door Selma Fraiberg in 1975.

Hulpverlening aan familiale systemen in een overgangsfase, impliceert dat zowel het loskomen van de herkomstgezinnen, als het ontluiken van jong ouderschap, ondersteund worden. Met de ouders kan geëxploreerd worden hoe zij binnen het gegeven van een postpartumcrisis toch als gezin een eigen identiteit en afgrenzing kunnen vinden, zonder hierdoor de steun van hun ouders te verliezen (Lenaerts & Docx, 2005). Een perinataal genogram bijvoorbeeld (Banker & Barnes (2014) kan een breder zicht bieden op de psychosociale en familiale context en patronen (in tegenstelling tot de klassieke assessments vanuit een medisch oogpunt). Hoopgevend is dat de perinatale periode een transitiefase is en een verhoogde kans biedt om transgenerationale patronen te doorbreken (Peeters, 2018).

### Sociale context en netwerk

Er dient aandacht uit te gaan naar de versterking van het sociaal netwerk en de kwaliteit van de relaties die (aanstaande) moeders hebben met partner, familie en naasten. Zij kunnen immers een belangrijke bron van steun zijn wanneer er sprake is van psychische moeilijkheden. Sociale steun is ook een protectieve factor in het ontwikkelen van een PPD (Vaezi, Soojoodi, Banihashemi & Nojomi, 2018). Denk hierbij ook aan de bufferfactor van een behulpzaam sociaal netwerk geformuleerd door Van der Pas (2014).

### Maatschappelijke context

Er blijkt nog veel taboe te zijn rond de aanwezigheid van psychische problemen tijdens de perinatale periode. Het ideaal van de roze wolk leeft nog bij veel (aanstaande) ouders. Ervaringsdeskundigen geven aan dat het niet evident is gevoelens van kwetsbaarheid te tonen en delen met naasten en hulpverleners. Er blijkt angst voor wat anderen zullen denken, angst gescheiden te worden van de baby. Van ervaringsdeskundigen weten we dat zorgverleners eveneens drempels ervaren voor doorverwijzing naar gespecialiseerde hulp. De indruk leeft dat het niet evident is voor hulpverleners om de ernst van problemen goed in te schatten (Peeters, 2018). Echter, er bestaat een trend (misschien vooral online) waarin er meer openheid komt rond de echtheid van ouderschap, denk aan talrijke blogs en online community's (bv. Mama Baas) waar authentieke verhalen worden gedeeld.

Daarnaast is er ook vanuit de overheid aandacht voor de geestelijke gezondheid van zwangeren en pas bevallen moeders. Er was de voorbije jaren een sensibiliseringscampagne rond PPD "Ik hou van mama, ze hoeft niet perfect te zijn". Er zijn de pilootprojecten Perinatale Geestelijke Gezondheid in Oost-Vlaanderen en Antwerpen. Recent was er de campagne 'Wolk in mijn hoofd'. Er wordt maatschappelijk gezien dus aangestuurd op meer samenwerking tussen verschillende actoren op het terrein (Peeters, 2018) en op een betere screening (o.a. Kind en Gezin).

## Reflecties en aandachtspunten in het werken met deze doelgroep

### Ben ik een goede moeder?

De vraag die moeders zich een leven lang stellen, maar onmogelijk te beantwoorden, stelt Marijke Libert (2017) in haar gelijknamige boek. Het is een vraag die in mijn klinische praktijk zeer regelmatig naar de voorgrond treedt. Heel wat ouders vragen zich doorheen het hulpverleningsproces af wat het effect van de emotionele moeilijkheden op de band met hun pasgeborene zou kunnen zijn. Dit brengt heel wat schuldgevoelens naar boven.

Ouders in contact laten komen met hun binnenkant door tijd en ruimte te maken voor de dieperliggende emoties, door verdiepende vragen te stellen en vast te houden. Om dit bij cliënten te bewerkstellingen moet je als hulpverlener zelf goed in contact zijn met je binnenkant. Het kan ook zinvol zijn, als je als hulpverlener zelf ook ouder bent, om goed in contact te zijn met je eigen ouderschap. Dat brengt ons ook als professional in voeling met een aantal typische 'ouder-issues': het ongelooflijk goed willen doen als ouder en het gevoel dat heel de wereld meekijkt over je schouder, de stroom aan schuldgevoelens omdat je op verschillende fronten lijkt tekort te schieten, de gevoeligheid voor opmerkingen over je kinderen. Schijnbaar banale zaken kunnen je als ouder in het diepste van je ziel raken ... Kortom, ouder worden doet iets met je, brengt veranderingen teweeg die zich situeren op een existentieel niveau en deze kunnen worden aangewend in hulpverlening.

### Ouderperspectief blijven vasthouden

Vanaf de start kan er stilgestaan worden bij de rijke beleving van het ouderschap, de positieve én negatieve emoties die gepaard kunnen gaan met ouderschap. Ouders zelf moeten zich gehoord, begrepen en aangevoeld weten voordat ze begrip en gevoel kunnen hebben voor het kind (Van der Pas, 2006). Heel wat hulpvragen van ouders dekken een veel diepere lading. Van der Pas stelt dat je als professional breedtekennis hebt (bijvoorbeeld wat kan je verwachten op een bepaalde leeftijd), maar ouders hebben dieptekennis over hun kind, zij zijn dé ervaringsdeskundige als het aankomt op hun kind opvoeden. Wat alle ouders gemeen hebben, opnieuw volgens Van der Pas (2008), is hun kwetsbaarheid: ouders zijn inherent-kwetsbare-experimenteerders.

### Expliciet ruimte maken voor kwetsbaarheid ouderschap en zelfzorg

Ik merk als hulpverlener dat veel kwetsbaarheid van jonge gezinnen onder de radar blijft. Expliciet ruimte maken voor kwetsbaarheid (van welke aard dan ook ...), zorgen, twijfels en pijn is belangrijk, want op het moment dat je ouder wordt komen deze zaken vaak alsnog naar de voorgrond. Daarnaast is er het pleidooi om jonge ouders goed te laten omringen. Een steunend netwerk wordt in quasi alle literatuur benoemd als een protectieve factor voor mentale gezondheid van ouders. Dit steunend

netwerk kan naast familie en vrienden bestaan uit betrokken professionals. Er zijn heel wat professionals die deze doelgroep ook op heel wat domeinen goed kunnen ondersteunen, zoals regioverpleegkundigen en gezinsondersteuners van Kind en Gezin, zelfstandige vroedvrouwen, kraamzorg enzovoort. Werken met deze doelgroep is complex en je kan het als hulpverlener niet alleen.

Zelfzorg is een thema dat naar mijn ervaring in de doelgroep van moeders in de perinatale periode vaak aan de orde is. Moeders verliezen soms, in de zeer sterke focus op hun baby, hun eigen noden uit het oog. Op zich is dat normaal, een pasgeborene vraagt veel zorg van zijn of haar ouders en het goed ingetuned zijn op de noden van de baby is belangrijk. De eerste levensmaanden is er weinig ruimte voor de eigen behoeften van de ouders en dit kan na verloop van tijd wegen op het welzijn en op de relatie van de ouders. In eerste instantie kan het belangrijk zijn om stil te staan bij de beleving van zelfzorg en ook voeling te krijgen met de emotionele lading die hiermee gepaard gaat. Vaak spelen onder de waterlijn aspecten ook een rol.

## Besluit

Het werken met psychisch kwetsbare gezinnen rond de periode van de bevalling blijkt zeer relevant voor de praktijk van de orthopedagoog. Het krijgen van kinderen is een ingrijpende transitie die ouders verrijkt, maar ook kwetsbaar maakt en die kwetsbaarheid kan zich op verschillende manieren uiten. Als er zich moeilijkheden voordoen in de perinatale mentale gezondheid van ouders werkt dit door in verschillende relaties. Dit legitimeert de brede kijk die nodig is als hulpverlener in deze situaties, de moeilijkheden waarmee cliënten komen relationeel te vertalen en in hulpverlening aan de slag te gaan met de relaties van een cliënt. Daarnaast blijkt het heilzaam zijn om als hulpverlener zelf in contact te zijn met de kwetsbaarheid inherent aan het ouderschap. Het kan de hulpverlener gevoelig maken om – volgens Alice Van der Pas – de betekenis van het ouderschap een plaats te geven en vast te houden. Anderzijds geeft deze overgangperiode ook heel wat kansen om met thema's aan de slag te gaan, wat kan leiden tot duurzame verandering.

## Referenties

- Banker, J.E., & Barnes, D.L. (2014). The perinatal genogram: A systemic assessment tool. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 29*(2), 88-104.
- Barnes, D.L. (2006). Postpartum depression: its impact on couples and marital satisfaction. *Journal of Systemic Therapies, 25*(3), 25-42.

- Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 441-454.
- Cluxton-Keller, F., & Bruce, M.L. (2018). Clinical effectiveness of family therapeutic interventions in the prevention and treatment of perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 13(6): e0198730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198730>
- Cohen, M.J., & Schiller, C.E. (2017). Practice review. A theoretical framework for treating perinatal depression using couple-based interventions. *Psychotherapy*, 54(4), 406-415.
- Family life cycle stages doi: [https://www.researchgate.net/figure/Family-life-cycle-stages\\_fig1\\_271260900](https://www.researchgate.net/figure/Family-life-cycle-stages_fig1_271260900)
- Feinberg, M., & Kan, M.L. (2008). Establishing Family Foundations: Intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 253-263.
- Lenaerts, M., & Docx, R. (2005). De moeder-kindrelatie bij psychiatrische problematiek in de postpartumperiode. Enkele krachtlijnen van een vroegtijdige interventie. *Tijdschrift voor Familietherapie*, 11(1), 3-30.
- Libert, M. (2017). *Ben ik een goede moeder. 100 vrouwen over de belangrijkste vraag in hun leven*. Manteau: Antwerpen.
- Meulink, A. M. (2015). *Postpartum depressie. Depressief na een bevalling: oorzaken, gevolgen en adequate ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Peeters, H. (2018). *Perinatale Geestelijke Gezondheid Pilotproject Provincie Antwerpen Eindrapport*. Geraadpleegd op 27 november 2018 via <http://www.moederbaby.be/Portals/moederbaby/Files/Documents/Pilotproject%20Perinatale%20Geestelijke%20Gezondheid%20-%20Provincie%20Antwerpen%20-%20Eindrapport%202018.pdf>
- Pop, V. (2015). Depressie. In Lambregtse - van den Berg, M., van Kamp, I., & Wennink, H. (Red.), *Handboek psychiatrie en zwangerschap* (pp. 29-35). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rexwinkel, M., Derkx, B., Pannewis, C., & Schmeets, M. (2011). De Infant Mental Health-visie. In Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C., & Derkx, B. (Red.), *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. (pp. 21-30). Assen: Van Gorcum.
- Vaezi, A., Soojoodi, F., Banihashemi, A.T., & Nojomi, M. (2018). The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Woman and Birth*, 32(2), 238-242.
- Van Damme, R., Van Parys, A., Vogels, C., Roelens, K., & Lemmens, G. (2018). *Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen. Richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad*. Geraadpleegd op 4 december 2018 via <https://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20zorgaanbod/Richtlijn-perinatale-gezondheid.pdf>
- Van der Pas, A. (2014). Ouderschap: een systemisch multiversum. In Savenije, A., van Lawick, M.J., & Reijmers, E.T.M. (Red.), *Handboek Systeemtherapie* (2e druk) (pp. 511-521). Utrecht: de Tijdstroom.
- Van der Pas, A. (2015). Vader-moederproblematiek als valkuil voor de relatietherapeut. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 33(1), 33-50.
- Van der Pas, A. (2008). Het nut van ouderschapstheorie – en de valkuilen. *Ouderschap & Ouderbegeleiding*, 11(1), 49-57.
- Van der Pas, A. (2006). 'Spoken' - Hoed u voor namaak, over oneigenlijke verwijzingen naar Selma Fraibergs werk. *Ouderschap & Ouderbegeleiding*, 10(2), 164-169.
- Van Doesum, K.T.M. (2005). Versterking van de kwaliteit van de moeder-kindinteractie: een preventieve interventie voor depressieve moeders en hun baby's. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 30(3/4), 187-198.
- Van Grinsven, F., & Alexander-Martijn, K. (2014). Families met baby's en peuters. In Savenije, A., van Lawick, M.J., & Reijmers, E.T.M. (Red.), *Handboek Systeemtherapie* (2e druk) (pp. 511-521). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Lawick, J., & Savenije, A. (2014). Basisbegrippen. In Savenije, A., van Lawick, M.J., & Reijmers, E.T.M. (Red.), *Handboek Systeemtherapie* (2e druk) (pp. 203-222). Utrecht: de Tijdstroom.
- Van Weddingen, L. (2018). *Mijn baby lacht... nu ik nog*. Antwerpen: Manteau.
- Vliegen, N., & Rexwinkel, M. (2011). Moeder en vader worden. De geboorte van het ouderschap van het gezin. In Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C., & Derkx, B. (Red.), *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. (pp. 119-135). Assen: Van Gorcum.
- Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2011). Een moeilijke start voor moeder en kind. Depressie in de postpartum-periode en de invloed op de moeder-kindrelatie. In Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C., & Derkx, B. (Red.), *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. (pp. 155-168). Assen: Van Gorcum.
- Verhofstadt, L., & Weytens, F. (2010). Partnerrelaties in context: een onderzoeksoverzicht. *Systeemtherapie*, 22(2), 122-129.
- Wijsma, K., & Stramrood, C. (2015). Posttraumatische stressstoornis. In Lambregtse - van den Berg, M., van Kamp, I., & Wennink, H. (Red.), *Handboek psychiatrie en zwangerschap* (pp. 67-73). Utrecht: De Tijdstroom.

#### OVER DE AUTEURS



**Naam:** Ianthe Van Dorsseleer

**Werkplaats:** Kind en Gezin / privé praktijk

**Functie:** Psychopedagoog / Systeemtherapeut

**E-mailadres:** [ianthe.vandorsseleer@gmail.com](mailto:ianthe.vandorsseleer@gmail.com)