

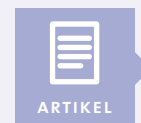
# Perinatale geestelijke gezondheidszorg voor moeders met schizofrenie in Vlaanderen; wat kan er nog beter?

K. PLASMANS, I. GLAZEMAKERS, G. DOM

- ACHTERGROND** Slechts 0,8% van de opnames op onze moeder-baby-unit betreft moeders met schizofrenie, terwijl ongeveer de helft van de patiënten met schizofrenie moeder wordt. Moeders met schizofrenie leven vaker in complexe probleemsituaties, verliezen hierdoor meer de voogdij over hun kinderen en ervaren stigma wat betreft hun ouderschapskwaliteiten. Literatuuronderzoek toont dat ze daarom zorg vermijden. Het opnemen van de rol als moeder kan bijdragen aan herstel, zingeving en maatschappelijke integratie.
- DOEL** Een aanzet geven tot debat over verantwoord moederschap bij vrouwen met schizofrenie, met als doel het Vlaamse zorgaanbod te optimaliseren en te prikkelen tot meer wetenschappelijk onderzoek.
- METHODE** Raadpleging van de minimale psychiatrische gegevens (MPG) over onze moeder-baby-unit. Narratief literatuuronderzoek met PubMed met focus op schizofrenie in de perinatale periode.
- RESULTATEN** Moeders met schizofrenie vertonen vaker moeilijkheden in de sociale cognitie en in de sensitiviteit voor hun kinderen. Deze problemen kunnen de relatie tussen moeder en baby bemoeilijken, maar dit sluit geen positieve hechtingsrelatie uit.
- CONCLUSIE** Een outreachend, casemanagergestuurd zorgmodel waarbij men de geestelijke gezondheidszorg voor deze kwetsbare populatie monitort en inzet op het bekrachtigen van de ouderschapskwaliteiten oogt hierbij veelbelovend. Hierdoor zou (gedeeld) verantwoord moederschap herstelbevorderend kunnen uitpakken.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)9, 626-634

**TREFWOORDEN** herstel, moederschap, moeder-baby-unit, responsiviteit, schizofrenie



ARTIKEL



In dit essay formuleren wij een kritische reflectie op de perinatale geestelijke gezondheidszorg voor moeders met schizofrenie in Vlaanderen. We doen dit mede op grond van ervaringen in onze eigen klinische setting, de moeder-baby-unit (MBU) in het Psychiatrisch Centrum Bethanië te Zoersel (Antwerpen Oost). In de periode 1996-2017 waren daar 844 opnames. Voor heel Vlaanderen zijn er twee MBU's en de MBU te Zoersel bedient de drie oostelijke provincies. We hebben de mogelijkheid tot residentiële opname (9 kamers voor moeder en kind met een gemid-

delde verblijfsduur van 68 dagen), dagbehandeling en sinds december 2018 een outreachende module.

Doelstelling van de behandeling is naast onmiddellijke beveiliging voor moeder en kind, diagnostiek en behandeling van de psychiatrische aandoening van de moeder. Daarnaast ligt de focus op de relatie tussen de moeder en haar baby, het bevorderen van het maternelle mentalisatievermogen en het ondersteunen van de eigen krachtbronnen binnen het ruimere systemische netwerk. Voor dit artikel focussen we op de perinatale periode (vanaf de aanvang van de zwangerschap tot 1 jaar post partum).

Van deze 844 opnames waren er 141 met als hoofddiagnose post-partumpsychose (PPP) (16,7%), 9 met als hoofddiagnose schizoaffectieve stoornis (1%) en slechts 7 met als hoofddiagnose schizofrenie (0,8%). Het verwonderde ons dat het deel patiënten met schizofrenie zo laag ligt, iets wat volgens ons niet verklaard kan worden door onbekendheid van ons aanbod bij doelgroep en verwijzers.

Onze lage cijfers zijn des te verwonderlijker aangezien de literatuur toont dat ongeveer de helft van de patiënten met schizofrenie moeder wordt (Robinson 2012) en hun ouderlijke vaardigheden vaak in twijfel getrokken worden. Buitenlands onderzoek toont immers dat gemiddeld genomen 50% van de moeders met schizofrenie de voogdij over hun kinderen verliest, tijdelijk of permanent (Seeman 2012). Dit heeft te maken met het grotere risico op het ontstaan van complexe probleemsituaties, zoals sociaal isolement, werkloosheid, een instabiele partnerrelatie, misbruik van middelen en een lagere sociaaleconomische status (Poinso e.a. 2002). Moeders met schizofrenie ervaren daarbij vaak stigma wat betreft hun positie als ouder en hun ouder-schapsvaardigheden, zowel op maatschappelijk niveau als in de hulpverlenersrelatie (Dolman e.a. 2013).

Kwalitatief onderzoek toont aan dat bestempeld worden als een 'slechte ouder' de tweede belangrijkste barrière is voor het zoeken van psychiatrische hulp (Clement e.a. 2012) en geeft daarbij onmiddellijk de motivering waarom deze ouders de hulpverlening vaak mijden. Patiënten met schizofrenie krijgen minder vaak een acute psychose in de perinatale periode (Rochon-Terry e.a. 2016). Deze moeten we onderscheiden van affectieve psychosen, die wel vaak een acuut beloop kennen en leiden tot een crisisopname (VanderKruik e.a. 2017). Hiertegenover staat dat schizofrenie in de post-partumperiode een hoog risico kent op restpsychotische verschijnselen, psychosociale problemen en een instabiele thuissituatie voor de zuigeling (Howard e.a. 2003, 2004; Taylor e.a. 2015; Ramsauer & Achtergarde 2018).

Deze gegevens ondersteunen onze aannames over de lage opname-incidentie van moeders met schizofrenie op onze MBU. Terwijl een acute psychose leidt tot een crisissituatie waardoor patiënten met spoed opgenomen worden, blijken patiënten met schizofrenie in de perinatale periode, ondanks evidente problemen met de zorg, de weg naar de MBU moeilijk te vinden. De literatuur verwijst hiervoor naar het vaker voorkomen van complexe probleemsituaties wat kan leiden tot voogdijverlies, en het stigma dat door patiënten met schizofrenie wordt ervaren, waardoor ze zorg mijden.

Verklaringen kunnen ook gezocht worden in het feit dat moeders met schizofrenie minder acute zorgnood zouden hebben in de perinatale periode of reeds opgevangen worden op de eerste en tweede lijn door de *flexible assertive*

## AUTEURS

**KRISTIAAN PLASMANS**, psychiater, Moeder-baby-unit, PZ Bethaniënhuis, Zoersel.

**INGE GLAZEMAKERS**, ontwikkelingspsycholoog en docent, Collaborative Antwerp Research Institute (CAPRI-Jeugd), ZNA-UKJA, UA, Antwerpen.

**GEERT DOM**, hoogleraar Psychiatrie, Universiteit Antwerpen, CAPRI, en Psychiatrisch ziekenhuis Multiversum.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. K. Plasmans, Moeder-baby-unit, PZ Bethaniënhuis, Andreas Vesaliuslaan 39, 2980 Zoersel, België.  
E-mail: kristiaanplasmans@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-5-2019.

*community treatment*(FACT)-teams en andere zorgpartners. Echter, binnen de Vlaamse context is de uitrol van de FACT-teams nog hoofdzakelijk work-in-progress en zijn hiervan geen epidemiologische data beschikbaar.

Kunnen we zeggen dat moeders met schizofrenie in Vlaanderen 'door de mazen van het net glippen'? We beschikken niet over actuele data om deze stelling te bekrachtigen, maar toch zijn er voldoende argumenten om het debat rond dit vraagstuk te openen.

Met dit essay willen wij onderbouwen dat aandacht voor moeders met schizofrenie met pasgeboren kinderen voor henzelf positief kan uitpakken en ook voor de hechting met hun kind gunstig is. Dit onderstreept de behoefte aan continuïteit van zorg via outreachend (aanklampend) casemanagement, die indien nodig opgeschaald kan worden naar een intensief residentieel aanbod, zoals onze MBU. Ook hopen we met dit artikel een aanzet te geven tot voortgezet wetenschappelijk onderzoek rond deze kwetsbare populatie. We beklemtonen nogmaals dat we in dit essay verwijzen naar een specifiek Vlaamse klinische context, waar outreachende initiatieven voor deze doelgroep nog maar in de opstartfase verkeren.

## METHODE

Voor de data betreffende de opnames raadpleegden we de databank met minimale psychiatrische gegevens (MPG) (die verplicht worden geregistreerd betreffende patiënten die opgenomen zijn in Belgische psychiatrische ziekenhuizen) van onze MBU in het PC Bethanië. Hieruit bleek dat slechts 0,8% van de totaal opgenomen populatie bestond uit moeders met schizofrenie.

Om een overzicht te hebben van de internationale bevindingen opteerden we voor een niet-systematisch narratief literatuuronderzoek via PubMed. We gebruikten de volgende zoektermen: mother-baby-unit, postpartum-psychosis, schizophrenia, schizo-affective disorder, severe mental illness, motherhood, parenthood, parenting, attachment, mother-baby-interaction, infant, recovery, rehabilitation, stigma.

Het gebruik van de term 'schizofrenie' als diagnose blijft omstreken wegens intrinsieke stigmatisering verbonden aan dit begrip (als gevolg van het degeneratieconcept van Kraepelin en de gespleten persoonlijkheid van Bleuler; zie Blom & Van Praag 2011). Toch blijft er ook voldoende consensus voor het behoud van schizofrenie als concept van een ernstige psychotische kwetsbaarheid (Van Os & Kapur 2009).

## BEVINDINGEN UIT LITERATUURONDERZOEK

### Kwetsbaarheid in perinatale periode

De perinatale periode is bij uitstek een kwetsbare periode voor het ontstaan van een psychose, wat zich voordoet bij 1 tot 2 op 1000 bevallingen. Patiënten met schizofrenie hebben minder vaak psychotische terugval in de perinatale periode (Rochon-Terry e.a. 2016), maar een hoger risico op psychosociale problemen en een instabiele thuissituatie voor de zuigeling (Taylor e.a. 2015). Een acute PPP verwijst daarbij vaker naar een affectieve psychose in de vorm van een nieuwe (de novo) of een recidiefpsychose (Vander-Kruik e.a. 2017; Wesseloo e.a. 2015, 2016). Het gaat hierbij meestal om patiënten met een bipolaire stoornis of een kraambedpsychose die in crisis opgenomen worden.

Hoewel een diagnose van bipolaire stoornis het hoogste terugvalrisico (in de zin van manisch-psychotische ontregeling) geeft op PPP, heeft een diagnose van schizofrenie een groter risico op het ontstaan van complexe probleemsituaties (Ramsauer & Achtergarde 2018). Enige terughoudendheid in deze differentiatie dient in acht genomen te worden aangezien schizofrenie bij vrouwen een aanvang heeft in de leeftijdscategorie van 25-35 jaar, en een eerste PPP daarbij ook de aanzet kan zijn van een schizofreen proces (Abel e.a. 2010). Daarnaast gebeurt het eveneens dat moeders met kinderen pas later in hun leven schizofrenie krijgen (McGrath e.a. 1999).

Het (recidief)risico op psychose in de eerste dagen na de bevalling wordt toegeschreven aan de daling van de oestrogenspiegel (Ramsauer & Achtergarde 2018) en de minder adequate inname van de antipsychotica in 2de en 3de trimester (Brameld e.a. 2017). Patiënten staken de antipsychotische medicatie mogelijk wegens de vermeende toxiciteit voor de foetus (Brameld e.a. 2017). Abrupt staken van de medicatie verhoogt het risico op

terugval (Taylor e.a. 2015). De hoogste recidiefratio doet zich voor de eerste 9 dagen na de bevalling en neemt daarna langzaam af gedurende de eerste maand na de zwangerschap (Rochon-Terry e.a. 2016; Munk-Olsen e.a. 2009). Men adviseert, in de meeste gevallen, om bij patiënten met schizofrenie die voor de zwangerschap gestabiliseerd waren met antipsychotica deze behandeling te continueren.

### Verlies voogdij bij moeders met schizofrenie

Het moederschap bij vrouwen met schizofrenie is weinig wetenschappelijk onderzocht (Jones e.a. 2014). Meer dan de helft van de vrouwen met schizofrenie wordt moeder (McGrath e.a. 1999; Howard e.a. 2001). Men verwacht dat de de-institutionalisering in de geestelijke gezondheidszorg deze incidentie nog zal verhogen. Daar staat tegenover dat auteurs gewag maken van lagere fertiliteitsratio's voor schizofrenie ten opzichte van andere psychiatrische stoornissen (Laursen & Munk-Olsen 2010).

Ouderschapswaliteiten van patiënten met schizofrenie worden vaker ter discussie gesteld (Dolman e.a. 2013) wegens het ziekteproces en de ermee samenhangende factoren, terwijl vrouwen met schizofrenie dezelfde aspiraties hebben wat betreft moederschap en met dezelfde uitdagingen kampen als andere ouders (Sands 1995). Het moederschap vormt een transitie naar volwassenheid waar deze vrouwen naar uitkijken en die hen bevestigt in een maatschappelijke rol en positie. Dit staat haaks op het eventuele verlies van de voogdij en de hieraan gekoppelde traumatisering in diezelfde patiëntenpopulatie (Seeman 2012). Cijfers over dit voogdijverlies variëren in de verschillende studies en zijn sterk regio- en genderafhankelijk. Globaal gaat men uit van een voogdijverlies bij 50% van de moeders met schizofrenie, tijdelijk of permanent.

Onderzoek van Howard e.a. (2003) toont aan dat 4 factoren het verlies van voogdij bepalen bij moeders met een psychiatrische problematiek (n = 1197): de diagnose (schizofrenie of persoonlijkheidsstoornis), alleenstaand ouderschap, sociale deprivatie en een stoornis bij de vader. Ook Frans-Belgisch onderzoek naar de uitkomst van de MBU-behandeling toont aan dat moeders met schizofrenie een negatiever beloop kennen: ze worden langer opgenomen, recupereren minder, hebben vaker separaties of worden ook na opname nog onder toezicht gehouden van de jeugdzorg (Glangeaud-Freudenthal 2004). De Australische onderzoekers Campbell e.a. (2012) beschreven een groep (n = 1825) waarin 50% van de vrouwen met psychotische kwetsbaarheid ouder met kinderen was en zij concluderen dat een grote meerderheid van deze patiënten hierin goed functioneert, maar dat bij een restgroep (21,3%) de zorg voor hun kinderen problematisch is.

## Schizofrenie en de impact op het (jonge) kind

Moeders met schizofrenie hebben problemen met de sociale cognitie die als een predictor geldt voor beperkingen in de sensitiviteit en de responsiviteit (Healy e.a. 2016). Moeders met schizofrenie presteren slechter op affectherkenning en discriminatie. Verminderde affectherkenning en schizofrenie blijken ook voorspellers voor vreemde of ongewone taal in de moeder-kindrelatie. Hornstein e.a. (2006) onderzochten de hechting, en ondermeer gevoelens als afwijzing, woede en angst in moeder-babyrelatie. Zij stellen dat de gedragspatronen die hiermee in verband staan niet fundamenteel verschillen tussen moeders met depressie en moeders met schizofrenie. Kinderen van moeders met schizofrenie vermijden wel vaker het oogcontact en moeders met schizofrenie neigen de hechtingsrelatie met hun kind te overschatten.

Er is relatief weinig onderzoek naar de relatie tussen post-partumschizofrenie en de mentale belasting van het kind. Deze belasting is vergelijkbaar met de impact van een post-partumdepressie op het kind, hoewel schizofrenie gezien het veel chronischer en ernstiger verloop wellicht toch een hogere belasting met zich meebrengt. Bij post-partumschizofrenie betreft deze nadelige invloed naast praktische moeilijkheden in de babyzorg en een wat armere emotionele responsiviteit, ook intrusief gedrag tegenover de kinderen (Jones e.a. 2014; Howard e.a. 2004). De emotionele en ontwikkelingsproblemen die teruggevonden worden bij kinderen van moeders met post-partumdepressie worden onderverdeeld in internaliserende (depressieve), externaliserende (gedrags-), hechtings- en cognitieve problemen. Deze problemen ontstaan vanuit een samenspel tussen genetische aanleg en omgevingsfactoren waarin foetale stress, maternele responsiviteit, de duur van de maternele aandoening, spanningen in de ouderrelatie en het ouderschap zelf een cruciale rol spelen (Stein e.a. 2014). Modererende factoren zoals armoede, alleenstaand ouderschap, gebrek aan steunfiguren, chroniciteit van de aandoening zijn vaker aanwezig bij post-partumschizofrenie en vergroten het risico. Een studie van Malhotra e.a. (2015) bevestigt dat kinderen van moeders met schizofrenie meer in- en externaliserende gedragspatronen hebben in vergelijking tot kinderen uit de algemene bevolking (gematchte kinderen van stafleden uit het onderzoekscentrum) als controlegroep.

## De rol van stigma

Onderzoek naar ernstige psychische aandoening (EPA) toont een belangrijk stigma wat betreft de moeder met EPA (Castle e.a. 2000). Kwalitatief onderzoek geeft aan dat deze populatie het gevoel heeft geen kansen te krijgen om hun ouderschapsvaardigheden te ontwikkelen (Nicholson & Henry 2003). Moeders met schizofrenie zouden zich vaker

beschaamd voelen om hulp te zoeken, angst hebben dat hun kinderen zouden afgenomen worden (Bonfils e.a. 2014), of het vertrouwen in de hulpverlening verloren hebben (Diaz-Caneja & Johnson 2004). Kwalitatief onderzoek toont verder dat ze zich vaker schuldig voelen of bang zijn dat hun mentale aandoening een negatieve impact heeft op hun kind. Ze vermelden niet te kunnen voldoen aan de verwachtingen die er door de maatschappij aan het moederschap wordt gesteld (Dolman e.a. 2013).

Stigma wordt hierbij gezien als het samen voorkomen van onder andere labelen, stereotyperen, isoleren, status verliezen en discrimineren in een context van macht, zowel op maatschappelijk niveau als in de hulpverlenersrelatie (Barrow e.a. 2014). Het is daarom belangrijk om ouders met schizofrenie die door hun ziekteproces hun kinderen zijn kwijtgeraakt te erkennen in hun verlies. In focusgroepen geeft men aan dat verlies van voogdij een levenslange impact heeft op de moeder en dat het zeer moeilijk is om nadien het contact met de kinderen te onderhouden of te herstellen (White e.a. 2013).

## Betekenis van herstelbenadering

Er is daarnaast weinig onderzoek dat focust op positieve en gezondheidsbevorderende aspecten van ouderschap bij moeders met schizofrenie. Binnen de herstelgerichte literatuur is er wel een toenemende interesse voor de behoefte aan ondersteuning van ouders met EPA (Van der Ende e.a. 2016). Focusgroepen geven aan dat moeders met EPA behoefte hebben aan respectvolle, ondersteunende relaties met de hulpverlening en dat ze die onvoldoende vinden (Nicholson & Henry 2003). Het ouderschap ondersteunen bij deze kwetsbare doelgroep biedt veel kansen naar herstel (Bonfils e.a. 2014). Recente ontwikkelingen binnen het concept van herstel schetsen een optimistischer beloop van het ziekteproces bij patiënten met schizofrenie (Van Os & Kapur 2009), dit staat tegenover een degeneratief, chronisch multi-probleemconcept.

Daarbij kan vaker remissie optreden wanneer men gebruikmaakt van community-casemanagement in combinatie met behandeling met antipsychotica. Herstel wordt hierbij niet gezien als een toestand waar men vrij van symptomen is (uitkomstgestuurd), maar als een individueel groeiproces (procesgestuurd) waarin de patiënt het leven opnieuw als betekenisvol ervaart. Dit wordt onder meer uitgedrukt met begrippen als empowerment, hoop, zelfsturing, verantwoordelijkheid, respect en toegang tot sociale netwerken (Silverstein & Bellack 2008; Wood & Alsawy 2018). Ook het opnemen van een moederrol kan een doorbraak in het ziektebeeld met zich meebrengen en leiden tot integratie, zingeving en vermaatschappelijking (David e.a. 2011).

## DISCUSSIE

Binnen onze behandelsetting stellen we vast dat weinig moeders met schizofrenie de weg naar onze MBU vinden (0,8%), terwijl de literatuur toch aangeeft dat de perinatale periode ook voor vrouwen met schizofrenie een erg kwetsbare periode kan zijn. De literatuur geeft eveneens aan dat er vaak voogdijverlies optreedt bij deze patiëntpopulatie (50%) als gevolg van complexe probleemsituaties en staat stil bij de impact van schizofrenie op het kind. Dit heeft tot gevolg dat deze patiënten vaak stigma ervaren wat betreft hun persoon en het door hen gehanteerde moederschap. Kwalitatief onderzoek geeft daarbij aan dat ze daarom vaak de zorg mijden.

Dit doet automatisch de vraag rijzen of deze patiënten wel de gepaste zorg krijgen en hoe we het zorgaanbod eventueel beter kunnen afstemmen op hun noden. De vraag of een moeder met schizofrenie voor haar kind kan zorgen, is steeds een afweging tussen de mogelijkheden en beperkingen van de moeder (en haar context) aan de ene zijde en de noden en ontwikkelingsbehoeftes van de baby aan de andere zijde.

Het recht op moederschap is een fundamenteel mensenrecht dat alleen kan overruled worden op het ogenblik dat de rechten van het kind in gedrang komen. Een belangrijke afweging vanuit een klinisch standpunt is daarenboven of, los van het herstel van de psychotische symptomen, er ook een gunstige hechtingsrelatie met het kind aangegaan kan worden. Dit proces is afhankelijk van de sensitiviteit en responsiviteit van de moeder voor haar baby, waarbij de moeder de baby reguleert en zich een afgestemde hechtingsrelatie ontwikkelt.

Deze bevindingen dwingen ons met een kritische blik te kijken naar het huidige zorgaanbod voor moeders met schizofrenie in Vlaanderen en ze leggen 3 kritische elementen in dit zorgaanbod bloot: een casemanagergestuurd zorgplan, ouderschap als onderdeel van herstel, en training van cognitieve vaardigheden.

### Behoeften voor zorgaanbod

#### CASEMANAGERGESTUURD ZORGPLAN

Literatuuronderzoek en de bevindingen vanuit onze eigen MBU (en perinataal zorgpad) suggereren dat moeders met schizofrenie de weg naar de hulpverlening niet vinden. Angst voor voogdijverlies en het gevoel niet te voldoen als ouder leiden tot zorgmijding (Clement e.a. 2012). Er is daarom behoefte aan meer nabijheid en continuïteit in de zorgrelatie op basis van een door een casemanager gestuurd zorgtraject.

Deze zorgtrajecten starten bij voorkeur reeds antenataal vanuit de preventie (geboorteplanning, behandeling van het ziektebeeld en inschatten van ouderschapskwalitei-

ten) en lopen verder door in de perinatale periode (behandelplan en continue, getrapte zorg over eerste, tweede en derde lijn). Casemanagers kunnen patiënten met schizofrenie ondersteunen en toeleiden naar gepaste zorg.

Casemanagement steunt daarbij op drie pijlers: emotionele ondersteuning en probleemoplossing, coördineren van diensten en crisismangement (Seeman 2012). Continuïteit in de zorgverlening biedt belangrijke troeven naar het uitbouwen van een betere vertrouwensrelatie en het doorbreken van het zorgmijdend gedrag. Een belangrijk werkmodel hierbij is multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende zorgverleners, waarbij de tweede en derde lijn (FACT-teams, de Psychiatrie-Obstetrie-Pediatrie(POP)-poli, centra voor geestelijke gezondheidszorg, MBU en expertiseplatform perinatale psychiatrie) de eerste lijn ondersteunen (kraamzorg, vroedkundigen, huisartsen en perinatale consulenten).

Belangrijk hierbij is dat men zorgvragen zowel kan bekijken vanuit het perspectief van de geestelijke gezondheid van de volwassene als vanuit dat van het kind. Hulpverleners in de eerste lijn geven aan dat ze vaak angstig zijn wegens hun verantwoordelijkheid voor de baby en onvoldoende kennis hebben over de psychische klachten van de moeder (McConachie & Whitford 2009).

#### ouderschap als element van herstel

Er is nagenoeg geen onderzoek naar de rol die het opnemen van ouderschapstaken kan spelen in het herstel van moeders met schizofrenie. In bestaande programma's van reïntegratie en herstel focust men vooral op zinvolle dagbestedingen als werk en vrijwilligerswerk (Becker & Krumm 2006).

Toch is er recentelijk meer interesse voor kwalitatief onderzoek naar ouderschap bij EPA. Het ouderschap draagt bij aan essentiële elementen van herstel zoals inclusie, hoop, identiteit, zingeving en empowerment (*connectedness, hope, identity, meaning, empowerment*; CHIME; Reupert e.a. 2017). Moeders met EPA geven ook aan dat het moederschap zelf vaak een belangrijke motivator is om bijvoorbeeld middelenmisbruik achterwege te laten, meer zelfvertrouwen geeft en motiveert voor de behandeling (David e.a. 2011). Het begeleiden van de kinderen naar school, vrije tijd en andere maatschappelijke activiteiten zorgt automatisch voor activering, ontmoeting en persoonlijke groei.

Zowel de patiënten als de hulpverleners beschouwen de hulp zoals die nu geboden wordt aan ouders met EPA als ondermaats (Wan e.a. 2007). Vooral jonge moeders zijn ontevreden (White e.a. 2013) en hebben behoefte aan meer concrete hulp bij het opvoeden van hun nog jonge kinderen. Deze moeders ervaren vooral moeilijkheden in het dagelijkse opvoeden, de relatie met hun kinderen, het

managen van de mentale kwetsbaarheid en het stigma dat op hun psychiatrische aandoening rust (Nicholson & Henry 2003).

Programma's voor ouderschapsondersteuning kan men het beste uitbouwen op een collaboratieve wijze met respect voor de regie en de autonomie van de patiënt (Nicholson e.a. 2007). Veel wordt verwacht van methodieken die de sensitiviteit en responsiviteit verhogen via videofeedback en het aanleren van positief opvoeden, zoals babytriple P-programma's (Butler e.a. 2014) en *parenting with succes and satisfaction* (PARSS; Van der Ende e.a. 2014), waarbij verpleegkundigen getraind worden om moeders met EPA op een constructieve wijze te coachen in hun ouderschapsvaardigheden. Een steunend sociaal netwerk kan daarbij een belangrijke rol spelen om de kinderen in het gezin te houden (Stein e.a. 2014). Kwalitatief onderzoek onderstreept het belang van peer-support waarbij naast steun van hulpverleners ook directe contacten met andere (jonge) ouders en lotgenoten worden aangeboden (Van der Ende e.a. 2016).

#### TRAINING SOCIALE COGNITIE

Wan e.a. (2007) stelt dat vooral de diagnose van schizofrenie geassocieerd wordt met een negatieve uitkomst. Niet het opklaren van het ziektebeeld noch de ondersteuning door co-ouders of pleegzorg lijken voldoende voor een betere uitkomst wat betreft de moeder-kindrelatie. Eerder verwachten deze auteurs resultaat van therapeutische technieken die de sensitiviteit van de moeder bevorderen. Een kwalitatieve studie van Reddy e.a. (2014) situeert videofeedback als een veelbelovende techniek voor het verbeteren van de sensitiviteit van de moeder met schizofrenie. Significante verbetering van de moederschapswaarden werd waargenomen over 6 videofeedbacksessies die gemonitord werden via een *pediatric infant parent exam* (PIPE)-schaal. Ook volgens Kenny e.a. (2013) kan videofeedback de moeder-kindinteracties verbeteren en de ontwikkelingsproblemen terugdringen bij moeders met schizofrenie.

Onderzoek naar breinrelaten voor sensitiviteit van de moeder in de moeder-baby-interactie toont geen verschil-

lende maternele brein- of gedragsresponsen bij moeders met schizofrenie ten opzichte van moeders zonder deze aandoening (Abel e.a. 2018). Deze bevindingen suggereren dat de preliminair gevonden verschillen in sensitiviteit tussen schizofrenie- en controlegroep mogelijk reversibel zijn bij stabiel behandelde patiënten.

#### Beperkingen

Voor dit essay zijn we uitgegaan van onze eigen opname-data en een narratief literatuuronderzoek. Beide bronnen zijn waardevol, maar hebben belangrijke beperkingen. Data uit onze eigen setting zijn maar indicatief voor één specifieke aanpak en hebben regionale kenmerken. Er is dringend behoefte aan beter onderbouwde Vlaamse data, onder meer om de rol van regionale verschillen beter te kunnen plaatsen.

Verder hebben we geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd en hebben we ons in het literatuuronderzoek beperkt tot de perinatale periode. Hiermee omvatten we slechts een deel van de moeders met schizofrenie en hun kinderen. Een systematisch literatuuronderzoek naar alle aspecten van moeders met schizofrenie en de impact op de moeder-kindrelatie, ook los van de perinatale situatie, blijft aangewezen.

#### Rol van de moeder-baby-unit

De MBU zou in specifieke, complexere omstandigheden als meer gespecialiseerde taak een behandeling kunnen uitwerken die zich richt op de preventie en stabilisering van het acute ziektebeeld, op assessments van de ouderschapskwaliteiten, op het spiegelen en corrigeren van de eventuele verstoorde sensitiviteit/responsiviteit, en op het evalueren van de uitkomst via ouder-kindobservaties. Wanneer de MBU's deze opdracht kunnen uitvoeren binnen het kader van dit getrappt zorgmodel kunnen we belangrijke stappen zetten in het herstel en de vermaatschappelijking van de zorg voor moeders met schizofrenie. Hierdoor kunnen we het stigma en het voogdijverlies terugdringen, met als resultaat belangrijke gezondheidswinst voor moeder, kind en maatschappij.



## LITERATUUR

- Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22: 417-28.
- Abel KM, Elliott RE, Downey D, Strachan H, Elmadih A, Wieck A, e.a. Preliminary evidence for neural responsiveness to infants in mothers with schizophrenia and the implications for healthy parenting. *Schizophr Res* 2018; 197: 451-7.
- Castle DJ, Mc Grath J, Kulkarni J. Women and schizophrenia. Cambridge: CUP; 2000. p 67-78.
- Becker T, Krumm S. Research on family planning issues in women with mental disorders. *J Ment Health* 2006; 15: 383-5.
- Blom JD, van Praag HM. Schizophrenia: it's broken and it can't be fixed. A conceptual analysis at the centenary of Bleuler's *Dementia praecox* oder *Gruppe der Schizophrenien*. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2011; 48: 240-8.
- Bonfils KA, Adams EL, Firmin RL, White LM, Salyers MP. Parenthood and severe mental illness: relationships with recovery. *Psychiatr Rehabil J* 2014; 37:186-93.
- Barrow SM, Alexander MJ, McKinney J, Lawinski T, Pratt C. Context and opportunity: multiple perspectives on parenting by women with a severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2014; 37: 176-82.
- Brameld KJ, Jablensky A, Griffith J, Dean J, Morgan VA. Psychotropic medication and substance use during pregnancy by women with severe mental illness. *Front Psychiatry* 2017; 8: 28.
- Butler H, Hare D, Walker S, Wieck A, Wittkowski A. The acceptability and feasibility of the Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness. *Arch Womens Ment Health* 2014; 17: 455-63.
- Campbell L, Hanlon MC, Poon AW, Paolini S, Stone M, Galletly C, e.a. The experiences of Australian parents with psychosis: the second Australian National Survey of Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46: 890-900.
- Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 1-11.
- David DH, Styron T, Davidson L. Supported parenting to meet the needs and concerns of mothers with severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil* 2011; 14: 137-53.
- Diaz-Caneja A, Johnson S. The views and experiences of severely mentally ill mothers--a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 472-82.
- Dolman C, Jones I, Howard LM. Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16: 173-96.
- Glangeaud-Freudenthal NM. Mother-Baby psychiatric units (MBUs): national data collection in France and in Belgium (1999-2000). *Arch Womens Ment Health* 2004; 7: 59-64.
- Healy SJ, Lewin J, Butler S, Vaillancourt K, Seth-Smith F. Affect recognition and the quality of mother-infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia. *Arch Womens Ment Health* 2016; 19: 113-24.
- Hornstein Ch, Trautmann-Villalba P, Hohm E, Rave E, Wortmann-Fleischer S, Schwarz M. Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: is there a link? *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 279-84.
- Howard LM, Kumar R, Thornicroft G. Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 427-32.
- Howard L, Shah N, Salmon M, Appleby L. Predictors of social services supervision of babies of mothers with mental illness after admission to a psychiatric mother and baby unit. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 450-5.
- Howard LM, Thornicroft G, Salmon M, Appleby L. Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 347-55.
- Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the postpartum period. *Lancet* 2014; 384: 1789-99.
- Kenny M, Conroy S, Pariente CM, Seneviratne G, Pawlby S. Mother-infant interaction in mother and baby unit patients: before and after treatment. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 1192-8.
- Laursen TM, Munk-Olsen T. Reproductive patterns in psychotic patients. *Schizophr Res* 2010; 121: 234-40.
- Malhotra M, Kumar D, Verma R. Effect of psychosocial environment in children having mother with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2015; 226: 418-24.
- McConachie S, Whitford H. Mental health nurses' attitudes towards severe perinatal mental illness. *J Adv Nurs* 2009; 65: 867-76.
- McGrath JJ, Hearle J, Jenner L, Plant K, Drummond A, Barkla JM. The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99:441-6.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 189-95.
- Nicholson J, Henry AD. Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation practices for mothers with mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J* 2003; 27: 122-30.
- Nicholson J, Hinden BR, Biebel K, Henry AD, Katz-Leavy J. A qualitative study of programs for parents with serious mental illness and their children: building practice-based evidence. *J Behav Health Serv Res* 2007; 34: 395-413.

- Poinso F, Gay MP, Glangeaud-Freudenthal NM, Rufo M. Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Arch Womens Ment Health* 2002; 5: 49-58.
- Ramsauer B, Achtergarde S. Mothers with acute and chronic postpartum psychoses and impact on the mother-infant interaction. *Schizophr Res* 2018; 197: 45-58.
- Reddy PD, Desai G, Hamza A, Karthik S, Ananthanpillai ST, Chandra PS. enhancing mother infant interactions through video feedback enabled interventions in women with schizophrenia: a single subject research design study. *Indian J Psychol Med* 2014; 36: 373-7.
- Reupert A, Price-Robertson R, Maybery D. Parenting as a focus of recovery: A systematic review of current practice. *Psychiatr Rehabil J* 2017; 40: 361-70.
- Robinson GE. Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2012; 19: e380-6.
- Rochon-Terry G, Gruneir A, Seeman MV, Ray JG, Rochon P, Dennis CL, e.a. Hospitalizations and emergency department visits for psychiatric illness during and after pregnancy among women with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2016; 77: 541-7.
- Sands RG. The parenting experience of low-income single women with serious mental disorders. *Fam Soc J Contem Hum Serv* 1995; 2: 86-96.
- Seeman MV. Intervention to prevent child custody loss in mothers with schizophrenia. *Schizophr Res Treatment* 2012; 2012: 796763.
- Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1108-24.
- Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M e.a. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384: 1800-19.
- Taylor CL, Stewart R, Ogdan J, Broadbent M, Pasupathy D, Howard LM. The characteristics and health needs of pregnant women with schizophrenia compared with bipolar disorder and affective psychoses. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 1-10.
- van der Ende PC, van Busschbach JT, Nicholson J, Korevaar EL, van Weeghel J. Parenting and psychiatric rehabilitation: can parents with severe mental illness benefit from a new approach? *Psychiatr Rehabil J* 2014; 37: 201-8.
- van der Ende PC, van Busschbach JT, Nicholson J, Korevaar EL, van Weeghel J. Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016; 23: 86-97.
- Vanderkruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 272.
- Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374: 635-45.
- Wan MW, Salmon MP, Riordan DM, Appleby L, Webb R, Abel KM. What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia? *Psychol Med* 2007; 37: 537-46.
- Wesseloo R, Burgerhout KM, Koorengel KM, Bergink V. Postpartumpsychose in de klinische praktijk: diagnostiek, behandeling en preventie. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 25-33.
- Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJM, Kushner SA, Bergink V. Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 117-27.
- White LM, McGrew JH, Salyers MP. Parents served by assertive community treatment: parenting needs, services, and attitudes. *Psychiatr Rehabil J* 2013; 36: 22-7.
- Wood L, Alsawy S. Recovery in psychosis from a service user perspective: a systematic review and thematic synthesis of current qualitative evidence. *Community Ment Health J* 2018; 54: 793-804.



## SUMMARY

# Perinatal mental health care for mothers with schizophrenia in Flanders; where are we still short?

K. PLASMANS, I. GLAZEMAKERS, G. DOM

- BACKGROUND** Only 0.8% of the admissions to our mother-baby unit are mothers with schizophrenia, while about half of the patients with schizophrenia become mothers. Mothers with schizophrenia are more likely to live in complex problematic settings and, thereby, more frequently lose custody of their children. Also, they experience stigma against their parenting skills. Literature research shows that they therefore avoid care. However, the inclusion of their role as a mother can contribute to recovery, giving meaning and social integration.
- AIM** To initiate debate on responsible motherhood in women with schizophrenia with the aim of optimizing the Flemish care provision and give an incentive towards more scientific research.
- METHOD** Consultation of the minimal psychiatric data (MPD) on our mother-baby unit. Narrative literature search using PubMed with a focus on schizophrenia in the peripartum.
- RESULTS** Mothers who suffer from schizophrenia are more likely to experience difficulties in social cognition and sensitivity to their children. These problems can make the relationship between mother and baby more difficult. However, this does not exclude the possibility of developing a positive attachment relationship.
- CONCLUSION** A persistent case manager-driven care model, which monitors the care for this vulnerable population and focuses on reinforcing the parenting qualities, looks promising. As a result, (shared) responsible motherhood could have a positive impact on their recovery.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)9, 626-634

**KEY WORDS** mother-baby unit, motherhood, recovery, responsiveness, schizophrenia