

## Interventie

# Ouder-baby interventie

### Samenvatting

#### Doel

Doel van de Ouder-baby interventie is het stapsgewijs verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen depressieve moeders en hun baby. Met name gaat het er om dat:

1. de moeder een verbeterde sensitieve responsiviteit krijgt;
2. de sociale en emotionele ontwikkeling van het kind verbetert;
3. de veilige gehechtheid bij het kind versterkt wordt.

Uiteindelijk doel is het voorkomen dat het kind op latere leeftijd zelf psychosociale problemen ontwikkelt.

#### Doelgroep

De doelgroep bestaat uit depressieve moeders en hun baby (tot en met 12 maanden).

#### Aanpak

De interventie bestaat uit begeleiding van het gezin in de thuissituatie, gedurende 8 tot 10 huisbezoeken van 1 à 1½ uur. De partner en belangrijke anderen worden zo veel mogelijk in de begeleiding betrokken. De begeleiding wordt geboden door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de instelling voor geestelijke gezondheidszorg (ggz), die is gespecialiseerd in de begeleiding van gezinnen met jonge kinderen. De interventie kent de volgende fasen:

- Aanmelding: moeders uit de doelgroep worden door de behandelaar van de ggz-instelling aangemeld bij de begeleider. De begeleider neemt contact op met de ouders en maakt binnen 5 dagen een afspraak.
- Fase 1 (1-2 bezoeken): kennismaking, motiveren van de moeder, uitleg over de begeleiding en eerste observatie van de moeder-baby interactie.
- Fase 2 (4-6 bezoeken): bekrachtigen en uitbreiden van positieve interacties tussen moeder en kind, stimuleren van nieuwe interacties. Hierbij wordt o.a. gebruik gemaakt van technieken als het bijstellen van cognities en attributies van de moeder, modeling en self-modeling, met behulp van video-opnamen.
- Fase 3 (1-2 bezoeken): herhaling, evaluatie en afsluiting.

Na 3 maanden vindt follow-up plaats, waarin wordt nagegaan hoe de ontwikkeling is in het moeder-kind contact en of eventueel advies voor verdere hulp nodig is.

#### Materiaal

Er is een handboek, met daarin onder andere een handleiding voor de werkwijze, evaluatieformulieren, informatie over het effectonderzoek en diverse achtergrondliteratuur en materiaal voor ouders. Tevens is een training ontwikkeld, welke wordt aangeboden aan andere (ggz-) instellingen.

#### Onderzoek effectiviteit

De makers hebben van 2000 tot 2004 een randomized controlled trial uitgevoerd naar het effect van deze interventie bij depressieve moeders. Onderzocht is of de interventie effect heeft op de kwaliteit van de moeder-kind interactie en de moeder-kind gehechtheidsrelatie. Ook is nagegaan of kinderen in de interventiegroep (n=35) zich cognitief en emotioneel gunstiger ontwikkelen dan kinderen in de controlegroep (n=36). De resultaten wijzen op een significant positief effect op de moeder-kind interactie, met name, zoals beoogd, op de sensitiviteit van de moeders. Ook het voorspelde positieve effect op de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie is gevonden (van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman & Hoefnagels, 2008).

## Ontwikkeld door

Dimence, Team Preventie Hanzestreek  
K. van Doesum en C. Brok  
Postbus 390  
7400 AJ Deventer  
E-mail: k.vandoesum@dimence.nl  
Tel.: (0570) 604220

## Erkenning

Erkend door  
Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 02-10-2009  
Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen

### Toelichting:

De Ouder-baby interventie zit goed in elkaar. Onderzoek naar de Ouder-baby interventie geeft goede aanwijzingen voor een positief effect op de moeder-kind interactie (met name de sensitiviteit van de moeder) en de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie bij moeders met een baby tot 12 maanden.

De referentie naar dit document is: P. Nikken (augustus 2009). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Ouder-baby interventie'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)

### 1. Toelichting naam van de interventie

De interventie heeft als ondertitel: Preventieve interventie voor depressieve moeders en hun baby's. De interventie is ook bekend onder de naam: Moeder-kind interventie, Oog voor je baby en Moeder-baby interventie KOPP.

### 2. Risico en/of probleem waar de interventie zich op richt

In Nederland hebben jaarlijks zo'n 20.000 vrouwen te maken met een depressie na de bevalling (Verkerk, 2004). De prevalentie van een depressie tijdens de postpartum periode wordt geschat op 8-15% (Cox, Connor, & Kendell, 1982; Cutrona, 1983; Gotlib & Whiffen, 1989; O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wright, 1990). Depressies bij jonge moeders vergroten het risico op ontwikkelingsproblemen bij kinderen.

In de loop der jaren zijn er drie mechanismen geopperd ter verklaring van de effecten van depressie van de moeder op de ontwikkeling van haar kind (van Doesum, Hosman & Riksen Walraven, 2005): 1) vroege moeder-kind interactie (zie hieronder), 2) prenatale neurobiologische transmissie (depressieve moeders hebben een afwijkend neuroendocriene functioneren, waardoor de foetus minder goed groeit en minder beweegt, 3) genetische transmissie van depressie. Uit onderzoek blijkt dat depressie bij volwassenen een substantiële genetische component heeft.

In het model voor de Ouder-baby interventie wordt van de genoemde drie mechanismen de moeder-kind interactie als de belangrijkste gezien als veroorzaker van ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen. Bovendien is dit mechanisme het meest gevoelig voor preventieve interventie.

### Moeder-kind interactie bij depressieve moeders

Klinische en systematische observaties naar moeder-kind interactie laten zien dat depressie bij moeders een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van de moeder-kind interactie, met name op de sensitiviteit voor de signalen en behoeften van het kind. Het gedrag van de moeder t.o.v. de baby heeft de volgende kenmerken: minder expressief, minder of heel zacht praten, een sombere uitstraling, weinig emotionele betrokkenheid. Een deel van de depressieve moeders vertoont vijandig en geïrriteerd gedrag.

Onderzoek naar gehechtheid heeft aangetoond dat er een relatie is tussen insensitief en niet-responsief ouderschap en een verhoogde kans op onveilige ouder-kind gehechtheid bij jonge kinderen (van Doesum, 2005).

Inadequate reacties van de moeder kunnen leiden tot moeilijker hanteerbaar gedrag bij het kind, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Twee processen kunnen een rol spelen bij de transmissie van stoornissen bij de moeder naar haar kind (van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven, 2005):

1. Imitatie door het kind van het depressieve gedrag en affect van de moeder.
2. Gebrek aan afstemming op het gedragsniveau. Als een moeder niet-responsief en emotioneel niet-beschikbaar is, is de kans groot dat haar kind gedesorganiseerd gedrag gaat vertonen, vermijdend gedrag en gebrek aan positief affect.

Als theoretische achtergrond verwijzen de ontwikkelaars naar de hechtingstheorie zoals in de jaren veertig en vijftig van de vorige eeuw, op basis van diverse studies, ontwikkeld door Bowlby. Vanuit onderzoek naar deze theorie wordt aangegeven dat kinderen die als baby een onveilige hechtingsband hebben met hun ouder(s) in hun verdere ontwikkeling kwetsbaarder zijn (van IJzendoorn e.a., 1988).

### Problemen bij kinderen van depressieve moeders

Jonge kinderen van moeders die kampen met depressie lopen een hoger risico op het ontwikkelen van psychosociale of psychische problemen. Dit kan al plaatsvinden in de foetus (verhoogd stressniveau van de foetus tijdens de zwangerschap bij vrouwen die depressief zijn). Bij jonge kinderen kan dit zich uiten in onder andere huil-, eet- en slaapproblemen, en ongehoorzaam en driftig gedrag. Er is vaker sprake van negatief en vermijdend gedrag en van minder positieve emoties. Kinderen van één jaar met een depressieve moeder blijken zich sociaal, emotioneel, cognitief en motorisch significant slechter te ontwikkelen (van Doesum, 2005).

Deze effecten kunnen mogelijk verklaard worden door de verstoorde ontwikkeling van de hersenen als gevolg van de verstoorde moeder-kind interactie. Baby's van depressieve moeders vertonen een verlaagd activiteitsniveau van de frontale hersenen, wat een relatie kan hebben met een lager niveau van affectie naar de moeder, en hogere niveaus van vijandig affect, vijandigheid, woedaanvallen en agressie (Dawson e.a., 1999).

Bij kinderen op latere leeftijd kan dit nadelige gevolgen hebben voor cognitieve en schoolprestaties en kan zich een depressieve stoornis ontwikkelen. Er is een grotere kans op het ontwikkelen van een angststoornis en alcoholverslaving in de adolescentie en als jong volwassenen (van Doesum, 2005). Emotionele problemen bij kinderen kunnen zich, kortom, uiten op drie manieren: minder goed interpersoonlijk functioneren, meer onveilige hechting, meer gedragsproblemen.

### **3. Doel van de interventie**

Het uiteindelijke doel van de interventie is het voorkomen dat kinderen van depressieve moeders zelf psychosociale problemen ontwikkelen door vroeg-tijdig in te grijpen en een positieve basis te leggen in het eerste levensjaar.

De interventie (begeleiding van depressieve moeders en hun baby) richt zich op de kwaliteit van de moeder-kind interactie, met name gaat het er om dat:

- de moeder een verbeterde sensitieve responsiviteit krijgt;
- de sociale en emotionele ontwikkeling van het kind verbetert;
- de veilige gehechtheid bij het kind versterkt wordt.

### **4. Doelgroep van de interventie**

#### **Voor wie is de interventie bedoeld**

De doelgroep bestaat uit depressieve moeders en hun baby (tot en met 12 maanden) die in behandeling zijn van een ambulante ggz-instelling of opgenomen zijn op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ). Voor de PAAZ geldt dat moeder en kind beiden zijn opgenomen.

Het programma is met name bedoeld voor depressieve moeders met heel jonge kinderen (baby's), dus niet voor gezinnen met oudere kinderen. Daarnaast moet speciale aandacht worden gegeven aan moeders bij wie de depressie gepaard gaat met een persoonlijkheidsstoornis, met name een borderline stoornis. Nader onderzoek moet uitwijzen of het programma nu voldoende geschikt is voor moeders met een dergelijke comorbiditeit.

#### **Indicatie- en contra-indicatiecriteria**

De interventie is bedoeld voor depressieve moeders, met een baby tot en met 12 maanden.

Moeders kunnen worden aangemeld door een behandelaar van de afdeling volwassenen van de ggz-instelling. De interventie wordt aangeboden als extra ondersteuning. Het is ook mogelijk dat een huisarts of wijkverpleegkundige verwijst, of dat een moeder zichzelf aanmeldt. In deze laatste gevallen wordt aan de moeder de voorwaarde gesteld dat zij zich ook aanmeldt voor een behandeling van haar depressie.

Het is geen voorwaarde dat een diagnose depressie is gesteld, maar heeft wel de voorkeur. Een verhoogde score op een depressievragenlijst is ook voldoende.

Van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven (2005) noemen als contra-indicatiecriteria: depressieve moeders met alcohol- of drugsverslaving en gevallen waarin ernstige zorgen bestaan over kindermishandeling. Uit praktijkervaring blijkt inmiddels ook dat in bepaalde situaties de interventie niet goed werkt. Bijvoorbeeld als de moeder te ernstige problemen heeft en niet in staat is open te staan voor de interventie.

Bij aanmelding wordt een inschatting gemaakt of de interventie succes zal hebben, aan de hand van de volgende criteria:

- de ernst van de problemen;
- medicatie;
- aanwezige problemen bij het kind;
- andere belastende omstandigheden (huisvesting, financiën, kans op (kinder)mishandeling, afwezigheid steunfiguren).

#### **Toepassing bij migranten**

De interventie is niet speciaal ontwikkeld voor migrantengroepen, echter de interventie wordt wel aangeboden bij deze doelgroep. Door het werken met videobeelden, een tolk of een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond is deze toepassing in de praktijk goed mogelijk.

## **5. Aanpak**

### **Opzet van de interventie**

De interventie kent een gestructureerde, fasegewijze aanpak. Elke fase kent zijn eigen doelen. Gestructureerd werken wordt bevorderd door het gebruik van observatieschalen, het formuleren van begeleidingsdoelen, het invullen van een beknopt logboek en het beantwoorden door de begeleider van enkele vragen per huisbezoek (tezamen het babyformulier). Daarnaast wordt benadrukt dat de begeleiding 'op maat' afgestemd dient te zijn op de mogelijkheden en behoeften van moeder en kind.

De interventie bestaat uit een kortdurende begeleiding in de thuissituatie, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen depressieve moeders en hun kind. Gemiddeld beslaat de interventie 8 tot 10 huisbezoeken van 1 à 1½ uur. Het aantal bezoeken en de gebruikte methodieken kunnen variëren, afgestemd op de mogelijkheden en behoeften van moeder en kind.

Het gebruik van technieken uit de videohometraining is veelal de basismethode van de interventie. Tijdens ieder huisbezoek worden opnamen van dagelijkse activiteiten gemaakt, zoals het kind in bad doen, eten geven of verschonen. Daarmee wordt in beeld gebracht welke signalen het kind laat zien en hoe de moeder daarop reageert. Bepaalde fragmenten worden specifiek besproken en gekoppeld aan oefeningen of opdrachten voor de moeder om bepaald gedrag te oefenen. Zoveel mogelijk worden vaders en belangrijke anderen in de interventie betrokken.

Naast video-observaties wordt, afhankelijk van de situatie en de behoeften van de ouders, gebruik gemaakt van:

- modeling,
- cognitieve herstructurering,
- praktische opvoedingsondersteuning,
- babymassage.

De uitgevoerde stappen en de voortgang worden geregistreerd in een verslag, waarvoor een speciaal formulier is ontwikkeld. Naast aandacht voor de moeder-kind interactie wordt de moeder geactiveerd deel te nemen aan sociale activiteiten, om sociaal isolement te voorkomen.

### **Inhoud van de interventie**

De 'routing' (over een periode van in totaal 3 - 4 maanden) is als volgt:

#### **Aanmelding**

Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) van de afdeling Jeugd van de ggz-instelling heeft zich gespecialiseerd in de begeleiding van gezinnen met jonge kinderen. Moeders uit de doelgroep worden door de behandelaar vanuit de ggz-instelling of PAAZ aangemeld bij deze moeder-kind begeleider. Ook de huisarts of verpleegkundige Jeugdgezondheidszorg kunnen verwijzen. De verwijzer introduceert de mogelijkheid van extra zorg bij de moeder. Als de moeder akkoord gaat, neemt de begeleider contact op en maakt binnen 5 dagen een afspraak.

#### **Fase 1: Introductie (1-2 bezoeken)**

Werkwijzen: uitleg geven over het doel en de vorm van de begeleiding, moeder motiveren voor deelname. Observatie van de moeder-kind interactie vindt plaats, zo mogelijk met behulp van video-opnamen, bij voorkeur van het in bad doen van het kind. Een multidisciplinair team analyseert de video-opnamen. Hierbij worden twee scoringsschalen gebruikt: Sensitiviteit vs. Insensitiviteit en Coöperatie vs. Interferentie. Deze schalen zijn ontwikkeld door Ainsworth, Belle & Stayton (1974). Op basis van de (gescoorde) videobeelden en de ervaringen van de huisbezoeker worden begeleidingsdoelen vastgesteld.

#### **Fase 2: Begeleiding (4-6 bezoeken)**

Afhankelijk van de resultaten van de observatie worden de verschillende technieken gebruikt om contact tussen moeder en kind te verbeteren. Het gebruik van technieken uit de videohometraining is veelal de basismethode van de interventie. Gedurende ieder huisbezoek volgt de preventiewerker de moeder met de videocamera tijdens een dagelijkse activiteit, bijvoorbeeld de baby in bad doen, eten geven of verschonen. Vervolgens worden de interacties besproken wanneer de preventiewerker en beide ouders samen de video-opnamen bekijken. De moeder wordt aangemoedigd haar adequate reacties op haar kind uit te breiden. De video-opname kan in beeld brengen welke signalen het kind laat zien maar ook hoe moeder daarop reageert met geluid of oogcontact.

Naast de video-observaties worden één of meer van de volgende vier technieken in de interventie gebruikt, afhankelijk van de behoeften van de ouders:

- **Modeling:** de moeder wordt ondersteund in haar rol als ouder door nieuwe interactietechnieken aan te leren door middel van voorbeeldgedrag. De preventiewerker laat bijvoorbeeld de enthousiaste reactie van het kind zien als je zijn geluiden imiteert. De moeder wordt gestimuleerd het zelf te proberen en ervaart daarmee de positieve reactie van haar kind.
- **Cognitieve herstructurering:** depressieve moeders denken vaak negatief over zichzelf als moeder maar ook over hun kind. Er wordt uitleg gegeven dat deze gedachten de depressieve gevoelens in stand houden en soms zelfs versterken. Met behulp van technieken uit de cognitieve therapie wordt geprobeerd de negatieve gedachten te herstructureren en om te zetten in een meer positieve manier van denken.
- **Praktische opvoedingsondersteuning:** de preventiewerker geeft de moeder advies over hoe om te gaan met baby's die veel huilen, slaap- of eetproblemen hebben.
- **Babymassage:** is gericht op het lichamelijke contact tussen moeder en kind. Moeders leren hoe ze hun kind op een prettige manier kunnen aanraken en hun kinderen voelen zich door de massage vaak op hun gemak (Field, 1995). In Nederland worden cursussen babymassage aangeboden door de consultatiebureaus. Depressieve moeders worden gestimuleerd hieraan deel te nemen. Het biedt tevens ook de mogelijkheid om in contact te komen met andere moeders met jonge kinderen.

In de vervolgsessies krijgen de ouders de mogelijkheid om te oefenen met de nieuwe manier om contact te maken met hun kind. Door oefening leren de ouders hoe ze op een sensitievere manier kunnen reageren op signalen van hun kind en hoe ze meer kunnen genieten van het contact.

### Fase 3: Evaluatie en afsluiting (1-2 bezoeken)

Bewustmaking van de verandering en versterking van het nieuwe gedrag. In het laatste bezoek wordt een plan gemaakt met instructie hoe zij de positieve interacties kunnen behouden. Dit plan wordt gemaakt op basis van de evaluatie. Er worden met de ouders mondelinge afspraken gemaakt en de begeleider legt deze vast in een logboek. Hier wordt op teruggekomen in de follow-up. Het resultaat van de interventie wordt door de preventiewerker teruggekoppeld naar de behandelaar van moeder, bij voorkeur aan de hand van videobeelden.

Follow-up na drie maanden (1 bezoek) De begeleider bezoekt het gezin om de moeder-kind interactie te observeren en te zien of de eerder bereikte veranderingen zijn gecontinueerd. Problemen en vragen van de ouders worden beantwoord en zo nodig wordt verder advies geboden. Naast de moeder-kind begeleiding blijft de moeder in behandeling bij de afdeling volwassenenzorg van de ggz-instelling of de PAAZ.

## 6. Materialen en links

Er is een handboek 'Een preventieve interventie voor moeders met psychiatrische problemen en hun baby's' (Brok & van Doesum, 2004). Dit bevat een stapsgewijze, beknopte en globale beschrijving van de interventie. Daarnaast zijn diverse artikelen opgenomen waarin casuïstiek en theoretische achtergrondinformatie worden gepresenteerd. Tevens bevat dit handboek de twee observatieschalen van Ainsworth (fase 1) en het 'Formulier baby-project', waarop onder meer kunnen worden ingevuld: gezinsgegevens, observatiegegevens, begeleidingsdoelen, diverse vragen over de geboden begeleiding, evaluatie en follow-up. Verder bevat het handboek: een evaluatieformulier voor de moeder, idem voor de hulpverlener/behandelaar en idem voor de begeleider/preventiewerker. Ook zijn 10 uitgebreide vakliteratuurartikelen opgenomen en enige artikelen voor ouders met informatie over zwangerschap, ontwikkeling van kinderen, en praktische tips voor de verzorging van baby's.

## 7. Verantwoording van de doelen, de doelgroep en de aanpak

Risico- of instandhoudende factoren:

Drie groepen van risicofactoren blijken van invloed te zijn op de kwaliteit van de moeder-kind interactie. Er is sprake van een continue dynamische interactie tussen deze factoren (van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven, 2005).

### 1. Bij de moeder:

- depressieve of psychiatrische problemen bij de moeder, met name ernstige en chronische problemen die leiden tot een verslechterd functioneren in de ouderrol
- negatieve cognities (bijv. gevoelens van incompetentie)
- het aanvangsmoment van de depressie
- de ernst en chroniciteit van de depressie
- comorbiditeit. Wanneer depressie samengaat met andere geestelijke gezondheidsproblemen (bijv. persoonlijkheidsstoornissen) neemt de kans op ontwikkelingsproblemen bij het kind toe

### 2. Bij het kind:

- een moeilijk temperament
- genetische factoren en neurobiologische eigenschappen.

### 3. In de sociale context:

- sociale stressoren: relatieproblemen, economische omstandigheden, ingrijpende levensgebeurtenissen
- geringe mate en kwaliteit van de sociale ondersteuning van partner, familie, vrienden en hulpverleners

Beschermende factoren:

1. Bij de moeder:

- vroegtijdige behandeling van de depressie
- kennis over de ontwikkeling van baby's
- kennis en inzicht in de rolverandering die het moederschap met zich meebrengt

2. Bij het kind:

- een makkelijk temperament
- jonge leeftijd, omdat zich dan nog niet een bepaald interactiepatroon heeft ontwikkeld

3. In de sociale context:

- De aanwezigheid van een andere, goed functionerende en emotioneel beschikbare verzorger (vader) en andere steunfiguren

Achterliggende visie / theoretische achtergrond

De met de moeder-kind interactie samenhangende factoren kunnen worden weergegeven in het theoretische model van Belsky (1984). Dit betekent dat wordt gekeken naar kenmerken van de depressieve moeder (met name depressieve symptomen en competenties als opvoeder), kenmerken en ontwikkelingsuitkomsten van het kind, en contextuele stress en ondersteuning. De moeder-kind interactie staat centraal als aangrijpingspunt voor het preventieve programma, omdat ervan wordt uitgegaan dat dit de belangrijkste route is waarlangs de depressie van de moeder de ontwikkeling van het kind beïnvloedt. Ook blijkt uit diverse interventiestudies dat de moeder-kind interactie gevoelig is voor preventieve interventies. De ontwikkelaars verwijzen bijvoorbeeld naar onderzoek naar 'vergelijkbare Nederlandse interventies' bij risicogroepen, zoals moeders met prikkelbare baby's, ouders met geadopteerde kinderen en zeer laag opgeleide ouders (Juffer, 1997, Juffer e.a., 2005, Riksen-Walraven, 1978; Riksen-Walraven e.a., 1996; van den Boom, 1994). Hieruit bleken positieve effecten op de sensitieve responsiviteit van de moeders en op de ontwikkeling van de kinderen, ook op de lange termijn (van Doesum, 2005; Brok & van Doesum, 1998; van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven, 2005). Onderzoek naar Amerikaanse interventieprogramma's die gericht zijn op herstel van contact tussen depressieve moeders en hun baby's laten volgens de ontwikkelaars (van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven 2005) eveneens een gunstige invloed zien op de latere ontwikkeling van de baby's (Gelfand e.a., 1996; Field, 1998; Field et al., 2000; Lyons-Ruth e.a., 1990).

De begeleiding in dit programma richt zich op het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van kinderen, door moeders te leren om positief contact (of een kwalitatief goed contact) te maken met haar kind en stapsgewijs de kwaliteit van de interactie te verbeteren. De interventie leert de moeder te reageren op de contactinitiatieven van het kind.

Beoogd wordt de hechting tussen moeder en kind te bevorderen door te werken aan het vergroten van de sensitieve responsiviteit en vergroten van coöperatievaardigheden van de moeder. Vanuit de sociale leertheorie wordt veel gewerkt met technieken uit de video hometraining, modeling, selfmodeling en cognitieve herstructurering: het bijstellen van (depressieve) cognities en attributies. Daarnaast vindt bijvoorbeeld op maat praktische opvoedingsondersteuning (bijv. advies over hoe om te gaan met slaap- en eetproblemen) plaats en babymassage. Ook ondersteuning vanuit de omgeving door de (niet-depressieve) vader of andere volwassenen wordt gestimuleerd.

Samenvatting werkzame ingrediënten

Het programma kent zes kernelementen:

1. Vroeg interveniëren (kind tussen 0-12 maanden. De emotionele band tussen ouder en kind vormt zich al tijdens de zwangerschap en in het eerste levensjaar. Als deze band zich niet op een positieve manier kan ontwikkelen als gevolg van de psychische problemen van de moeder, leidt dit tot een verstoord interactiepatroon zoals eerder beschreven. Hoe eerder wordt ingegrepen, hoe sneller het contact tussen moeder en kind hersteld kan worden. De interventie richt zich op moeders met baby's van 0 tot 12 maanden die (nog) geen problemen hebben. Een positief contact met de baby en leidt vervolgens ook weer tot verbetering van de stemming bij de moeder
2. Bevorderen van de kwaliteit van de moeder-kind interactie. De moeder-kind interactie is beïnvloedbaar en gevoelig voor preventieve interventies op jonge leeftijd van het kind. Een goede kwaliteit van de moeder-kind interactie, met name een hoge sensitieve responsiviteit leidt tot een grote kans op een veilige moeder-kind gehechtheid. Door toepassing van methoden als video hometraining, modeling, cognitieve herstructurering en bevorderen van aanraken (door babymassage) wordt de kwaliteit moeder-kind interactie verbeterd. Ook worden praktische en concrete adviezen gegeven, aangepast aan de interactiestijl van de moeder, waarbij snel resultaat zichtbaar is.

### 3. Vroegtijdige behandeling van de depressieve klachten van de moeder.

Een ernstige depressie bij de moeder kan het onmogelijk maken om open te staan voor veranderingen in de interactie. Een effectieve en substantiële verandering in de interactie kan alleen worden bereikt als er behandeling plaats vindt naast de interventie voor moeder en kind. Behandeling kan een belangrijke bijdrage leveren aan het succes van de preventieve interventie en daarmee bijdragen aan een gezonde ontwikkeling van het kind. Echter behandeling alleen leidt niet automatisch tot het verbeteren van de moeder-kind interactie. Verschillende studies vonden dat na herstel van moeders met een depressie die langer dan zes maanden duurde, er geen verbetering van de moeder-kind interactie optrad. Dus: hoewel van behandeling van depressie kan worden aangenomen dat het noodzakelijk is voor het succes van de interventie, is dit op zich niet voldoende om de moeder-kind interactie te verbeteren.

4. Versterken van de sociale ondersteuning is een belangrijke beschermende factor voor het kind. De aanwezigheid van sociale ondersteuning van de partner blijkt één van de belangrijkste beschermende factoren voor het kind. Daarom wordt de vader actief betrokken bij het interventieprogramma om sociale steun te bieden aan de moeder en ook het kind de mogelijkheid te geven contact te maken met een gezonde volwassene. Als er sprake is van relatieproblemen, wordt dit doorverwezen naar de behandelaar van moeder. De ouders worden ook aangemoedigd om hun netwerk uit te breiden.

5. Aanvullende (geestelijke) gezondheidszorg, waaronder ook maatschappelijk werk of ondersteuning bij financiële en huisvestingsproblemen.

6. Huisbezoeken door een preventiewerker. Een preventiewerker, psycholoog of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige getraind in de uitvoering van de moeder-baby interventie, bezoekt moeder en kind bij voorkeur thuis. Als moeder en kind zijn opgenomen in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, wordt de interventie ook daar aangeboden. Gemiddeld bestaat de interventie uit acht à tien huisbezoeken. Tijdens de huisbezoeken gebruikt de preventiewerker verschillende methoden om de kwaliteit van de moeder-kind interactie te verbeteren.

Huisbezoeken maken het aanbod van de interventie meer laagdrempelig.

Als overige werkzame ingrediënten zijn te noemen:

- De begeleiding is laagdrempelig: de begeleider gaat outreachend te werk (neemt eerste contact op met de moeder) en blijft gedurende de interventie de moeder (bij voorkeur thuis) bezoeken.
- De interventie kent een gestructureerde, fasegewijze aanpak.

## 8. Samenvatting van de onderbouwing

De emotionele band (gehechtheidsrelatie) tussen moeder en kind in het eerste levensjaar jaar is een belangrijke voorspeller voor de ontwikkeling van kinderen. Depressieve moeders hebben meer moeite in de interactie met hun baby, hetgeen problemen kan opleveren in de ontwikkeling van het kind. De Ouder-baby interventie richt zich op het bevorderen van de kwaliteit van de moeder-kind interactie in een vroeg stadium zodat het kind een veilige gehechtheidsrelatie met de ouder kan ontwikkelen.

## 9. Randvoorwaarden voor uitvoering en kwaliteitsbewaking

### Eisen ten aanzien van opleiding

Vanuit de afdeling Jeugd van de ggz-instelling is een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) werkzaam, die zich heeft gespecialiseerd in de begeleiding van gezinnen met jonge kinderen.

Aangezien de behandeling van de moeder zelf in handen blijft van de ggz-instelling, vindt er met deze instanties ook overleg plaats tijdens de begeleiding.

In het handboek worden geen verdere gegevens verstrekt over de training of begeleiding van de uitvoerend werker(s).

De projectcoördinatie is in handen van de preventiefunctaris van de afdeling Preventie Dimence (Deventer). Ten behoeve van andere ggz-instellingen die belangstelling hebben voor de uitvoering van deze interventie wordt een training aangeboden door Dimence. Hiervoor is ook het genoemde handboek beschikbaar.

### Protocol / handleiding

Er is geen handleiding of protocol voor overdracht of implementatie. Er wordt wel op aan gedrongen dat deelnemende ggz-instellingen een team samenstellen van uitvoerders waar de casuïstiek bespreking en intervisie plaatsvindt.

### Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

De wijze van kwaliteitsbewaking wordt bepaald door de uitvoerder.

### Kosten

De kosten van de interventie zijn niet bekend. De kosten van de interventie worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

## 10. Onderzoek naar de uitvoering van de interventies

In het beginstadium van de ontwikkeling van de interventie is een tevredenheidsonderzoek (procesevaluatie) uitgevoerd onder een klein aantal moeders, verwijzers en uitvoerders (Jansen, 1999). Uit de interviews bleek dat de moeders die toentertijd deelgenomen hadden aan de interventie tevreden waren en positieve resultaten ervoeren.

## 11. Nederlandse effectstudies

### Studies naar de effectiviteit van de interventie in Nederland

#### Onderzoeken en onderzoeker(s)

De ontwikkelaar van de interventie, K. van Doesum, heeft in samenwerking met het Preventie Research Centrum van de Universiteit van Nijmegen een effectonderzoek naar de interventie uitgevoerd (van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman & Hoefnagels, 2008). Dit onderzoek vond plaats in de periode 2002-2004 en werd gefinancierd door ZonMw, Stichting Kinderpostzegels en Dimence Deventer.

#### Onderzochte doelen

Onderzocht is of de interventie effect heeft op:

- a. de kwaliteit van de moeder-kind interactie,
- b. de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie, en
- c. of de kinderen in de interventiegroep zich cognitief en emotioneel gunstiger ontwikkelen dan kinderen in een controlegroep.

#### Opzet van de studie

Het gekozen design is een randomized controlled trial, met een meting vóór de interventie, een meting binnen twee weken na de interventie en een meting een half jaar na de interventie. Alle drie de metingen vonden in de thuissituatie plaats. De interventie- en controlegroep bestonden uit respectievelijk  $n=35$  en  $n=36$  moeders. In aanmerking voor de interventiegroep kwamen moeders met een kind tot 12 maanden, die 1) voldeden aan de DSM-IV criteria voor een ernstige depressieve periode of dysthymia en/of verhoogde niveaus van depressieve symptomen vertoonden op de Beck Depression Inventory  $> 14$ ; 2) voldoende Nederlands spraken en 3) ambulante therapeutische behandeling voor hun depressie ontvingen. Contra-indicaties waren: psychotische stoornis, manisch-depressieve stoornis en drugsverslaving.

In de controlegroep kregen de moeders driemaal telefonisch opvoedingsondersteuning aangeboden, niet gericht op de moeder-kind interactie.

Uitvalpercentages tijdens het onderzoek: het totale drop-out percentage is 16,5 %. Voor de interventiegroep bedroeg dit 18,6 % , voor de controlegroep 14,2 %. Uit een onafhankelijke samples t-test bleek dat de moeders die uitvielen niet verschilden met degenen die het onderzoek voltooiden, ten aanzien van demografische kenmerken of moeder- en kindmaten. Uitvallers hadden alleen een significant lager opleidingsniveau ( $p<0.05$ ).

#### Meetinstrumenten

Er is driemaal een algemene vragenlijst afgenomen betreffende demografische gegevens, gezinsomstandigheden, duur van de depressieve symptomen, aanwezigheid van life-events en langdurige problemen, aanwezigheid van sociale steun, en mate van ouderlijke competentie.

De ernst van de depressie is gemeten met de Beck Depression Inventory (Beck e.a., 1979). Deze diagnose en eventuele comorbiditeit is bevestigd met behulp van een verkort diagnostisch onderzoek (MINI) (Sheehan, e.a.1998).

De moeder-kind interactie is opgenomen tijdens alle drie de meetmomenten. Er is een video-opname gemaakt tijdens het badderen van het kind door de moeder bij meting 1. Bij meting 2 en 3 is er een opname gemaakt van een vrij spel situatie gedurende 15 minuten. De opnames zijn gescoord aan de hand van de Emotional Availability Scale (Biringen, Robinson & Emde, 1998). Deze bestaat uit 6 schalen: parental sensitivity, structuring, non-intrusiveness, nonhostility, child responsiveness en child involvement.

Elke opname is gescoord door observatoren die blind waren voor deelname van de moeders en baby's aan de interventie- of controleconditie.

De veiligheidsscore van de moeder-kind gehechtheidsrelatie is gemeten met de Attachment Q-sort (AQS, Waters, 1995). Dit is een observatie-instrument waarbij de onderzoeker gedurende twee uur het gehechtheidsgedrag van het kind in de thuissituatie observeert.

Tot slot is het sociaal emotioneel functioneren van het kind gemeten met een gedragsvragenlijst voor ouders, the Infant Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA) (Carter e.a., 2003). De vragenlijst meet vier dimensies: internaliserende symptomen, externaliserende symptomen, deregulatie en sociaal emotionele competentie.

Zowel de AQS als de ITSEA zijn alleen bij de derde meting afgenomen aangezien beide alleen toepasbaar zijn voor kinderen vanaf 1 jaar.

#### Resultaten



Er is een significant effect (tussen de 1e, 2e en 3e meting) gevonden op de moeder-kind interactie, met name, zoals beoogd, op de sensitiviteit van de moeders ( $p < 0.01$ , effectgrootte op 3e meting: Cohen's  $d = .82$ ). Ook op de structuurschaal ( $p < 0.01$  effectgrootte Cohen's  $d = .57$ ) en de twee kindschalen responsiviteit ( $p < 0.05$ , effectgrootte Cohen's  $d = .68$ ) en betrokkenheid ( $p < 0.01$ , effectgrootte Cohen's  $d = .75$ ) zijn significante verschillen gevonden. Er zijn geen verschillen gevonden op non-intrusiveness en de non-hostility schalen. Daarnaast is er een significant verschil gevonden tussen de interventie- en controle groep bij de derde meting op de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie op de AQS ( $p < 0.05$ , effectgrootte Cohen's  $d = .46$ ). De kinderen uit de interventiegroep hebben een veiligheidsscore (correlatie score .41) vergelijkbaar met een normale populatie. Verder hebben de kinderen in interventiegroep een significant hogere score op de sociale emotionele competentie schaal van de ITSEA ( $p < 0.01$ , effectgrootte Cohen's  $d = .62$ ). Op de andere drie subschalen van de ITSEA zijn er geen verschillen gevonden.

Een verklaring voor het niet vinden van een effect op non-intrusiveness schaal kan zijn dat de interventie hier niet op gericht was, het belangrijkste doel was het verbeteren van de sensitiviteit. Bij de non-hostility schaal scoorden alle moeders op weinig hostiliteit (non-hostility), er was te weinig spreiding.

Een mogelijke verklaring voor het feit dat er geen verschil was bij de subschalen voor internaliserende en externaliserende symptomen en deregulatie van de ITSEA kan zijn dat het interval van 6 maanden na de interventie te kort is geweest om verandering in gedragsproblemen te zien bij deze jonge kinderen. Een meting een jaar na de interventie zou mogelijk meer opgeleverd hebben.

Er zijn nog geen gegevens beschikbaar over de kosteneffectiviteit, maar dit thema vormt onderdeel van een thans uitgevoerde studie naar effecten van de interventie op langere termijn (de kinderen zijn dan vijf jaar oud).

## **Samenvatting Nederlandse effectstudies**

Auteurs: van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman & Hoefnagels

Jaar: 2008

Onderzoekstype: randomized controlled trial

Belangrijkste resultaten: Significante positieve effecten werden gevonden op de kwaliteit van de moeder-kind interactie (sensitiviteit en structurerend gedrag van de moeder, responsiviteit en betrokkenheid van het kind), de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie en het sociaal-emotionele functioneren van het kind (met name competentie). Enkele van de onderzochte effecten bleken niet significant, met name wat betreft de moeder-kind interactie de aspecten 'non-intrusiveness' en 'non-hostility', en wat betreft het sociaal-emotionele kindfunctioneren de aspecten externaliseren, internaliseren en dysregulatie.

Bewijskracht van het onderzoek: 7 zeer sterk Resultaten effectiviteit: 4 positieve en geen resultaten.

## **12. Buitenlandse effectstudies**

Er is geen buitenlands onderzoek gedaan naar de uitvoering van de interventie.

## **13. Uitvoering van de interventies**

De interventie vindt plaats bij het gezin thuis of op een PAAZ waar moeder en kind beiden zijn opgenomen.

N.B. Bovenstaande methodiekbeschrijving en het handboek zijn met name gebaseerd op uitvoering door Dimence / Streekziekenhuis Het Spitaal Zutphen.

De interventie wordt toegepast bij Dimence en binnen de RGC van het Streekziekenhuis Het Spitaal te Zutphen. Daarnaast bieden op dit moment 20 ggz-instellingen in Nederland de interventie aan (Muijen, 2003). De exacte locaties zijn te vinden in de databank van het Landelijk Steunpunt Preventie (onderdeel van het Trimbos-instituut). De preventieteams van deze instellingen zijn verantwoordelijk voor de werving van cliënten en coördinatie en implementatie van het programma.

De interventie past binnen de preventieve activiteiten die (bijna alle) ggz-instellingen uitvoeren ten behoeve van Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen (KOPP projecten). Een van deze activiteiten vormen de psycho-educatieve gezinsinterventies volgens de methode Beardslee. Deze methode, zoals die in Nederland wordt uitgevoerd, is echter gericht op een andere leeftijdsgroep, namelijk gezinnen met kinderen van 4 tot 21 jaar (van Doesum en Weikamp, 2003).

## **14. Overeenkomsten met andere interventies**

Als aanknopingspunten c.q. voorbeelden worden de volgende initiatieven genoemd (Brok & van Doesum, 1998):

- De begeleiding door FIOM huizen van tienermoeders met kinderen;
- De opvang die verschillende PAAZ-en bieden voor moeders en kinderen;
- De begeleiding die de Valeriuskliniek in Amsterdam biedt aan moeders met een psychose en hun kinderen.

Van Doesum, Hosman & Riksen Walraven (2005) noemen daarnaast als inspiratiebronnen enkele buitenlandse interventieprogramma's voor depressieve moeders en hun baby's van Field (1998), Gelfand e.a. (1996) en Lyons-Ruth e.a..

(1990). Effectief gebleken elementen uit bovengenoemde programma's zijn overgenomen in de onderhavige interventie, met name op het gebied van het verbeteren van de moeder-kind interactie. De ontwikkelaars stellen dat de Ouder-baby interventie met name van de andere interventies verschilt door haar relatief korte duur (8-10 huisbezoeken), haar specifieke focus, namelijk de verbetering van de sensitiviteit van de moeder, de mogelijkheid van een vroege start (al in de eerste weken na de geboorte) en de goede inbedding in het bestaande systeem van geestelijke gezondheidszorg.

### **15. Lijst met aangehaalde literatuur**

Ainsworth, M.S, Belle S.M., & Stayton, D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: 'Socialisation' as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: M.P.M. Richards (Ed.), *The integration of the child into the social world*. London: Cambridge University Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Wiley

Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (1998). *Emotional Availability Scales* (3rd ed). Colorado State University, Ft. Collins: Department of Human Development and Family Studies.

Boom, D. van den (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477.

Brok, C. & Van Doesum, K. (red.) (2009). *Handboek - Een preventieve interventie voor moeders met psychiatrische problemen en hun baby's*. Deventer: Dimence.

Brok, C. & van Doesum, K. (1998). Positieve interactie tussen depressieve moeders en baby's. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53(9), 835-845.

Carter, A. S., Briggs-Gowan, M., Jones, S. M., & Little, T. O. (2003). The infant-toddler social and emotional assessment (ITSEA): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(5), 495-514.

Cox, J. L., Connor, Y. M., & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117.

Cutrona, C. E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(2), 161-172

Dawson, G., Frey, K., Self, J., Panagiotides, H., Hessel, D., Yamada, E. & Rinalda, J. (1999). Frontal brain electrical activity in infants of depressed mothers and nondepressed mothers: Relation to variations in infant behavior. *Development and Psychopathology*, 11, 589-605.

Doesum, K.T.M. van (2005). Versterking van de kwaliteit van de moeder-kind interactie: Een preventieve interventie voor depressieve moeders en hun baby's. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 30, 187-198.

Doesum, K. van & Weikamp, P.A. (2003). Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. *Handboek Jeugdzorg*, 13, 1-20.

Doesum, K.T.M. van, Hosman, C.M.H. & Riksen-Walraven, J.M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-176.

Doesum, K. van, Riksen-Walraven, J.M., Hosman, C.M.H. & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 79, 547-561.

Field, T (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine: an International Journal devoted to practice and theory*, 27, 200-203.

Field, T., Pickens, J., Prodromidis, M., Fox, N., Bendell, D., Yando, R., et al. (2000). Targeting adolescent mothers with depressive symptoms for early intervention. *Adolescence*, 35, 381-414

Gelfand, D.M., Teti, D.M., Seiner, S.A. & Jameson, P.B. (1996). Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *Journal of Clinical Psychology*, 25, 406-422.

Jansen, T. (1999). *Evaluatie van de moeder-baby interventie: intern rapport*. Deventer: Riagg IJsseland.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46, 263-274.

- Juffer, F., Hoksbergen R:A:C., Riksen-Walraven, J.M. & Kohnstamm, G.A (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 109-1050.
- Lyons-Ruth, K., Conell, D.B., Grunebaum, H.U. & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61, 85-98.
- Muijen, A. (2003). Liefde leren geven. Baby's en depressieve moeders. *PSY*, 4, 11-15.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 99, 3-15.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnet Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini- International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Verkerk, G. (2004). Postpartum depression: Detection and prevention through intervention. Dissertation. Tilburg: Dutch University Press.
- Waters, E. (1995). The Attachment Q-set. In E. Waters, B. E. Vaughn, G. Posada & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 41-65.
- IJzendoorn, M.H. van, Tavecchio, L.W.C., Goossens, F.A. & Vergeer, M.M. (1988). *Opvoeden in geborgenheid. Een kritische analyse van Bowlby's attachmenttheorie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

