

BABYTHERAPIE:

‘SPREKEN’ MET DE BABY

**Rien Verdult
Gaby Stroecken**

Inleiding.

De laatste jaren in er een snelle ontwikkeling te constateren op het gebied van babyonderzoek. Ook de hulpverlening aan pasgeborenen en jonge baby's staat volop in de belangstelling. Dat is niet zo verwonderlijk. Eerst en vooral heeft de ontwikkelingspsychologie een heel nieuw beeld opgeleverd van de baby (Nossent, 1998). Baby-onderzoek heeft aangetoond dat baby's zeer 'competent' zijn. Nog geen dertig jaar geleden werden baby's beschouwd als kinderen die met een onbeschreven blad ter wereld komen. Nu weten we dat baby's heel sensitief zijn voor wat er in hun omgeving gebeurt, dat ze pijn kunnen ervaren, dat ze open staan voor indrukken die op hen afkomen, dat ze sociale competenties hebben en al heel vroeg taal begrijpen. Baby's zijn ook zeer bewust als het gaat over de vervulling van hun primaire behoeften. Dit beeld van de 'competente' baby wordt door de prenatale psychologie aangevuld met het beeld van de 'competente' foetus (Chamberlain, 1999). De competentie van de baby vindt zijn voorbereiding in de baarmoeder. Er is sprake van een grote mate van continuïteit tussen de prenatale en postnatale ontwikkeling. Niet alleen ontwikkelen de zintuigen zich reeds voor de geboorte, ook vormen van leren en geheugen zijn al prenataal aanwezig. Dit geldt ook voor taalontwikkeling. Toch mogen we door deze ontdekte competenties de afhankelijkheid en de kwetsbaarheid van foetussen en baby's niet onderschatten. Foetussen en baby's zijn zeer gevoelige wezens met haarfijne antennes. Zowel positieve als negatieve ervaringen, in alle subtiele nuances, komen bij hen binnen.

Naast dit nieuwe beeld van de competente baby is er nog een tweede reden voor de opkomst van babytherapie. Steeds meer baby's raken al heel vroeg in hun leven in de problemen. Door prenatale en perinatale belastingen raken steeds meer baby's emotioneel belast. Zo kunnen prenatale onthechting of stress een baby belasten; maar ook door de medicalisering van de geboorte lopen steeds meer kinderen geboortetrauma's op. Er zijn meer en meer huilbaby's, baby's met ademhalingsproblemen of baby's met reflux. Dit zijn mogelijke symptomen van psychische belasting. Geen wonder dat de nood aan hulpverlening door steeds meer ouders gevoeld wordt. Babytherapie probeert een antwoord te bieden op deze toegenomen hulpvraag.

Dialog met de baby.

In de gewone, dagdagelijkse zorg voor een baby speelt de dialoog een belangrijke rol. Zorgen voor een baby is een woordenloze ontmoeting, een nonverbale samenspraak, waarin een 'aanwezige ander' verondersteld wordt de signalen van de baby te ontvangen. De baby vertelt zijn verhaal via zijn lichaam en, ideaal gezien 'spiegelt' zijn moeder zijn boodschap. Hij brengt zijn behoeften en gevoelens tot uitdrukking via zijn beschikbare mogelijkheden en dat is via zijn lichaamstaal. Hij wil zijn omgeving iets duidelijk maken over zijn innerlijke wereld. Hij verwacht van zijn omgeving dat deze hem begrijpt, dat zijn verhaal gehoord en begrepen wordt. Daarvoor moet de betekenisvolle ander, en dit kan de moeder, de vader en/of de hulpverlener zijn, zichzelf leeg maken om zo open te kunnen staan voor de dialoog met de baby. Babytherapeut Karlton Terry noemt dit 'accurate empathy' (Terry, 2004).

Uitgangspunt voor preverbale communicatie is, dat de baby direct aan zijn ervaring betekenis wil kunnen verlenen en dat hij dit wil doen in direct contact met de wereld om hem heen (in eerste instantie zijn moeder). Een kind dat nog geen verbale, expressieve taal kent om zich uit te drukken, blijkt toch in staat om semantische en syntactische samenhangende delen van gesproken taal te begrijpen en te onthouden. Niet de woorden op zichzelf, maar de gevoelsmatige betekenis die met de woorden wordt uitgedrukt, wordt door de pasgeborene begrepen. De woorden raken aan zijn gevoel en daarmee aan zijn lichaam. Taal, gevoel en lichaam zijn met elkaar verbonden (Szejer, 1998). De taal die de baby gebuikt om zijn lichamelijk ervaren gevoel tot uitdrukking te brengen is de lichaamstaal. Een baby beschikt over zeer goede en zeer subtiele signalen om zijn welbevinden of onwelbevinden kenbaar te maken. De signalen die de baby gebruikt kunnen ingedeeld worden in: gebruik van de stem, mimiek, alertheid, lichaamshouding en lichaamsbewegingen.

Met zijn stem kan de baby verschillende gemoedstoestanden tot uitdrukking brengen. Huilen is bij baby's wel de bekendste vorm van stemgebruik als communicatiemiddel. In het huilen kunnen verschillende intonaties zitten, alsook kan de intensiteit van huilen sterk variëren. De baby beschikt reeds vanaf zijn geboorte over een heel arsenaal aan mimische vaardigheden, waarmee hij in staat is met zijn omgeving te communiceren. Glimlachen is misschien wel het sterkste wapen om zijn moeders aandacht te trekken. Ook boosheid kan via het gelaat tot uitdrukking worden gebracht. Heinz Prechtel (in: Klaus en Klaus, 1998) onderscheidt zes bewustzijnstoestanden bij de baby, welke een indicatie zijn voor zijn gevoelstoestand. Dit zijn zes manieren van in de wereld zijn, welke kunnen variëren van waakzaamheid tot slaap. De zes fases zijn: rustige slaap en actieve slaap, rustige alertheid, actieve alertheid en huilen, en een overgangstoestand: slaperigheid. De rustige toestanden lijken meer tevredenheid uit te drukken dan de onrustige toestanden. De lichaamshouding is ook een krachtig signaal aan de omgeving. Lichaamshouding, met name een open of gesloten lichaamshouding, verradt de innerlijke gevoelstoestand van de baby. Een open houding verwijst meer naar goed voelen, een gesloten en/of gespannen lichaamshouding is een indicatie voor defensiviteit en afweer; ook kan de lichaamshouding verwijzen naar geboorte-ervaringen. Bewegen is ontmoeten. De bewegingen van de baby zijn ook weer een indicatie voor zijn gemoedstoestand. Bij onwelbevinden zullen zijn bewegingen onrustige, krampachtiger en intenser van aard zijn. Baby's die zich goed voelen bewegen minder, en minder gespannen.

'Behoeft-huilen' versus 'trauma-huilen'.

Huilen is misschien wel één van de krachtigste manieren waarmee een baby communiceert. In zijn huilen kunnen verschillende nuances onderscheiden worden. Emerson (in: Terry, 2004) maakt onderscheid tussen 'behoefte-huilen' en 'trauma-huilen'.

'Behoeft-huilen'.

Veel ouders gaan ervan uit, dat als een baby huilt, hij uitsluitend een fysiologische behoefte kenbaar maakt. Aletha Solter (1991) noemt dit een van de belangrijkste vergissingen van ouders. We merken inderdaad dat moeders geneigd zijn verklaringen te zoeken voor het huilen van haar baby die verwijzen naar een onvervulde, lichamelijke behoefte: de baby heeft honger, is vermoeid, heeft slaap, of heeft krampjes. De baby kan fysiologische behoeften kenbaar maken, maar kan door huilen ook uitdrukking geven aan affectieve behoeften. Een baby geeft signalen dat hij behoefte heeft aan de nabijheid van zijn moeder, aan haar warmte, aan haar veiligheid.

Veel ouders vragen zich af in welke mate ze op dit 'behoefte-huilen' moeten ingaan en of ze de baby daardoor niet verwennen? Het is onmogelijk om een baby te verwennen. Huilen is een van de weinige manieren waarop een baby zijn behoeften kenbaar kan maken en bovendien kan een baby uitstel van behoeftebevrediging nog heel moeilijk tolereren. Als zijn signalen worden genegeerd zal het huilen toenemen uit frustratie, ongeduld en ongemak, omdat hij zijn behoefte sterker voelt. We moeten ons goed realiseren dat een baby, zoals Abraham Maslow het uitdrukte, geen honger *heeft*, maar honger *is*. Als een behoefte niet voldoende en niet tijdig vervuld wordt dan komt heel zijn organisme in het teken te staan van deze onvervulde behoefte. Zoals een verdwaalde in de woestijn alleen nog maar kan denken aan water, zo wordt de baby overheerst door een onvervulde behoefte. Als dit systematisch gebeurt, - zoals in de opvoedingssystemen waarin rust, reinheid en regelmaat (de '3-R-en') worden

gepropagandeerd - , leert de baby dat hij niet het vermogen heeft om invloed uit te oefenen op zijn omgeving. Het geeft hem een gevoel van machteloosheid en het ondermijnt zijn vertrouwen in zijn moeder, omdat zij zijn signalen niet beantwoordt. Als het vertrouwen in zijn omgeving ondermijnd wordt, neemt ook zijn zelfvertrouwen af (Stroecken, 2003). In reactie op een omgeving waarin huilen niet geaccepteerd wordt, ontwikkelen kinderen starre gedragspatronen, die huilen moeten voorkomen. Deze controlepatronen hebben dan als functie om het gemis, als gevolg van onvervulde behoeften, niet te hoeven voelen. De gevolgen van het onderdrukken of niet beantwoorden van huilen zijn emotionele en gedragsproblemen (Solter, 2000).

'Trauma-huilen'

Als ouders alles geprobeerd hebben om de fysiologische en affectieve behoeften van de baby te vervullen, en als dan het huilen van de baby niet ophoudt, dan verwijst dit voortdurend huilen vaak naar trauma-huilen. Naast 'behoefte-huilen' kan een baby via zijn huilen ook aangeven dat hij pijn heeft; niet omdat hem pijn wordt gedaan, maar omdat hij zich via het huilen wil bevrijden van zijn pijn (Solter, 1991, 2000). Deze vorm van huilen wordt door William Emerson 'trauma-huilen' genoemd. Het is de ontlading van emotionele pijn die de baby in zijn verleden heeft opgelopen. Trauma-huilen is een vorm van loslaten van innerlijke spanning, van verwerken van opgelopen belastingen of trauma's. Solter (2000) noemt deze vorm van huilen een stressontladingsmechanisme. Deze vorm van huilen is veel krachtiger en krijsender dan behoefte-huilen en gaat gepaard met angst en paniek, die goed in de oogjes van de baby te zien zijn. Bij trauma-huilen heeft de baby meer spanning in zijn lichaam, de neiging om zich te overstrekken; zijn vuistjes zijn vaak gebald en de bewegingen van armpjes en beentjes nemen sterkt toe.

Via zijn trauma-huilen vertelt de baby zijn verhaal over wat hij tot nu toe in zijn leven ervaren heeft. Ook een baby heeft een geschiedenis; in tijd nog maar kort, maar daarom voor zijn functioneren niet onbelangrijk. Foetussen en baby's kunnen reeds emotioneel belast zijn. Het is een groot misverstand te denken dat de baarmoeder per definitie een paradijs is en dat de geboorte een vanzelfsprekende overgang is. Prenatale pijn en geboortetrauma's vormen een belangrijke oorzaak van trauma-huilen. Bij prenatale pijn kunnen we denken aan belastende stress, afwijzing of isolement (Verny, 2002). Bij geboortetrauma's kunnen we denken aan inleiding van de geboorte, instrumentele verlossingen en vooral keizersneden. Emerson (1998) heeft erop gewezen dat geboorte trauma's leiden tot hechtingsproblemen, shock-ervaringen en tot een invasie/controle complex.

Ook Solter (1991) wijst erop dat baby's soms maandenlang vele uren per dag huilen om de pijn van hun geboorte tot ontlading te brengen en zich zo te bevrijden van deze pijn. Belangrijk is aan te vullen, dat deze ontlading maar kan optreden als de baby zich gesteund en gedragen voelt door een omgeving die zijn trauma onderkent en hem de veiligheid en containment biedt die hij nodig heeft om zijn pijn toe te laten. Karlton Terry stelt dan ook met veel nadruk dat een baby die trauma-huilt nooit alleen gelaten mag worden. Als dit wel gebeurt dan zal zijn huilen snel verstommen en stopt de baby met huilen, misschien voorgoed! Het beleven van zijn pijn wordt dan onmogelijk, met als gevolg dat elke pijn in de rest van zijn leven afgeweerd moet worden (Stroecken, 2001).

'Spreken' met de baby.

Zowel Eliacheff (1995) als Szejer (1998) hebben gewezen op de mogelijkheden om verbale taal te gebruiken in de begeleiding van baby's. Zij bedoelen daarmee: niet spreken 'over' de baby, maar spreken 'met' de baby over zijn concrete ervaringen. Dit spreken met de baby hoeft niet beperkt te blijven tot een psychotherapeutische behandeling, maar kan ook door ouders en andere hulpverleners gebruikt worden om baby's te helpen bij de ontlading van opgebouwde spanning. Het spreken is dan geen therapeutisch middel, maar een vorm van 'spiegelen, van empathische communicatie met de baby. Belangrijke voorwaarden zijn dan: dat het gevoelsmatige contact tussen moeder (ouders) en kind niet verbroken is door onthechting, dat de moeder zich kan inleven in de pijn van haar baby en deze pijn niet negeert, dat de moeder geen schuldgevoelens heeft of zich afgewezen voelt door het huilen van haar baby.

Een voorbeeld: Eva. (uit: Szejer, 1998).

De moeder van Eva had kort voor haar zwangerschap haar zus verloren en tijdens de zwangerschap haar moeder. Ze had nog veel verdriet in zich en probeerde krampachtig haar baby daar niets van te laten merken. De kleine Eva was zes dagen oud en huilde heel veel. De moeder dacht dat ze te weinig melk had en dat Eva honger had. De artsen hadden geen aanwijzingen dat de baby honger leed. De therapeute komt op een spoor. De relatie tussen moeder en grootmoeder van Eva was altijd al problematisch geweest, maar tijdens de zwangerschap was er een toenadering opgetreden. 'Toen had ik eindelijk een moeder', verzuchte de moeder van Eva, en toen stierf ze plotseling. De moeder kon haar verdriet toelaten, en pas dan in gesprek komen met Eva. Eva had het gevoel gekregen de oorzaak van het verdriet van haar moeder te zijn en had het gevoel gekregen haar niet te kunnen troosten en daarom weende Eva veel. De moeder heeft met Eva gesproken: 'Ik heb verdriet omdat ik oma kwijt ben; daar kun jij niets aan doen. Dat is mijn verdriet, waarvoor jij niet verantwoordelijk bent. Jij mag er zijn en hoeft mij niet te troosten'. Het wenen stopte.

Wat in de dialoog met de baby zeker niet moet gebeuren is dat de baby alleen gelaten wordt, of dat hij surrogaat aangeboden krijgt om zijn huilen te stoppen; het geven van een fopspeen (let op het woord: foppen: voor de gek houden) is surrogaat aanbieden, waardoor de uiting van gevoelens wordt afgeremd, zelfs onmogelijk gemaakt. Ook het geven van extra (borst-)voeding kan werken als surrogaat als de baby eten krijgt in plaats van aandacht. De baby moet niet afgeleid worden of genegeerd worden. Ook 'troosten' in de traditionele betekenis van het woord, is niet gewenst, omdat daardoor gevoelens geblokkeerd worden in plaats van geuit. Veel wiegen of schommelen maakt baby's niet altijd rustig. Belangrijke spelregel is: gevoelens die geuit en gedeeld kunnen worden, kunnen een plaats krijgen in de belevingswereld van de baby. Gevoelens, die niet geuit en niet gedeeld kunnen worden gaan zich versterken of worden vervormd.

Baby's in therapie.

Zoals in elke vorm van psychotherapie het geval zou moeten zijn, is de behandeling van baby's gericht op het helen van emotionele blokkades of trauma's. Een echte psychotherapeutische behandeling is gericht op het helen van de pijn, niet op het bestrijden van de symptomen. Voorstellen tot gedragsconditionering, zoals die naar voren komen in het Vitaya-programma 'De babyfluisteraar' kunnen voor pasgeborenen en baby's beschouwd worden als kindermishandeling. Een dergelijke symptoomgerichte aanpak gaat volledig voorbij aan de psychische pijn van de baby en lijkt ons tot meer traumatisering te leiden.

Specifiek aan babytherapie is dat, naast verbale communicatie, lichaamsgerichte methoden gebruikt worden als toegangspoorten tot de psyche van de baby. Gezien de beperkte verbale communicatiemogelijkheden van de baby lijken ook veel therapeuten toegang te zoeken tot de innerlijke wereld van de baby via zijn lichaam. Voor baby's geldt nog in veel sterkere mate dan voor volwassenen dat lichaam en geest met elkaar verbonden zijn. De ervaren gevoelens worden door de baby lichamelijk ervaren en via zijn lichaam tot uitdrukking gebracht.

Essentieel blijft de empathische betrokkenheid van de therapeut bij de psychische pijn van de baby. Daartoe dient de behandelaar wel de ernst en de diepte van deze pijn te onderkennen en te herkennen. Bijkomende voorwaarde voor babytherapie is dat de ouders, of toch zeker de moeder, betrokken worden in de behandeling. Gezien de intensieve band, zowel in positieve als in negatieve zin, tussen moeder en baby is het onvermijdelijk haar te betrekken in de therapie. Indien de moeder ambivalente of zelfs agressieve gevoelens heeft naar haar baby, is het zaak eerst deze gevoelens te exploreren en te ontladen, alvorens met de baby gewerkt kan worden. De moeder kan de beste therapeute voor haar kind zijn, op voorwaarde dat ze zich open kan stellen voor de pijn van haar baby. Daartoe moet ze zichzelf leeg kunnen maken, los kunnen komen van haar eigen negatieve gevoelens. Soms kan het zelfs noodzakelijk zijn dat de moeder een psychotherapeutische behandeling krijgt, omdat door haar zwangerschap en door de bevalling haar eigen vroegkinderlijke ervaringen geactiveerd kunnen zijn. Het kan zijn dat de moeder eerst haar eigen pijn moet voelen, om die van haar kind te kunnen toelaten. Gezien de grote sensitiviteit van baby's zijn zij zeer goed in staat aan te voelen of ze hun pijn mogen beleven of niet.

Op het gebied van de lichaamsgerichte behandeling van baby's zijn verschillende methodes in ontwikkeling. Harms (2000) geeft in zijn boek een overzicht van behandelmethodes. Harms startte zelf een 'Schrei-Ambulanz' op, een soort spoedgevallendienst voor pasgeborenen en baby's in emotionele nood. Vooral huilbaby's worden behandeld en hij gebruikt daarvoor onder andere een massage methode welke werd ontwikkeld door Eva Reich, de zogenaamde vlinder-massage, die vooral gericht is op het deblokken van energie. De reeds genoemde William Emerson is een van de pioniers op het gebied van babytherapie. Hij ontwikkelde een methode, waarin de posturale aspecten van geboortetrauma's worden gebruikt als indicatie voor de aard van het trauma en waarbij deze zogenaamde trauma-plaatsen worden geactiveerd om tot ontlading van de emotionele pijn te komen. Emerson ontwikkelde ook allerlei 'geboorte-spelletjes' en geboortesimulerende massage, die een emotionele gelijkens kunnen oproepen met de oorspronkelijke geboorte-ervaring, waardoor bevroren pijn los gemaakt kan worden. Ray Castellino's methode sluit dan weer meer aan bij de osteopathie en de craniosacrale therapie, waarin de meer biomechanische aspecten van geboorte worden gebruikt om tot heling te komen. Franz Renggli stelt de hechtingsrelatie tussen moeder en kind centraal. In de mate dat de moeder zich bewust wordt van de pijn in zichzelf en in haar kind, zal ze haar baby ruimte geven om zijn pijn toe te laten en tot ontlading te brengen.

In onze praktijk ligt het accent in babytherapie op het helen van opgelopen belastingen of trauma's. We kijken in eerste instantie naar de hechtingsrelatie tussen moeder en baby en naar aanwijzingen voor eventuele onthechtingservaringen. De behandeling is in eerste instantie gericht op het herstel van de affectieve band met zijn moeder. Dit is de basis voor een eventuele behandeling van de onderliggende trauma's. Na het exploreren van de lichamelijke signalen die kunnen verwijzen naar mogelijke trauma's, wordt de geblokkeerde trauma-energie losgemaakt en kan deze tot ontlading komen. De moeder en de therapeuten blijven in empathische nabijheid tijdens deze ontlading. Een dergelijke behandeling moet een aantal keren herhaald worden. Meestal blijft een babytherapie beperkt tot ongeveer 5 sessies van 1 à 1,5 uur.

Onderzoek naar effecten van psychotherapie zijn in het algemeen methodologisch zeer moeilijk. Voor babytherapie geldt dat deze zo mogelijk nog moeilijker zijn en dat dergelijk effect-onderzoeken bovendien nog zeer beperkt zijn uitgevoerd. Emerson (2000) heeft niet alleen veel kinderen behandeld voor prenatale en geboortetrauma's, maar hij heeft ze ook longitudinaal gevolgd. Niet alleen verdwenen de symptomen, waarvoor de ouders hulp zochten, maar de behandelde baby's vertoonden ook lange termijn effecten. Deze effecten zijn: de behandelde kinderen zijn minder agressief, ze kunnen duidelijke grenzen stellen, ze zijn zeer empathisch naar anderen en zeer sociaal, ze zijn emotioneel competent en lijken zich gemakkelijker te ontwikkelen. Het is ook onze ervaring dat baby's veel baat kunnen hebben bij een vroegtijdige behandeling van prenatale en/of geboortetrauma's.

Wat kan de vroedvrouw doen?

De belangrijkste functie van de vroedvrouw lijkt om ouders te ondersteunen en door te verwijzen indien er sprake is van emotionele problematiek bij de baby. Voorwaarde is dan wel dat de vroedvrouw deze psychische problemen bij de baby onderkent en herkent. Nog te vaak wordt het huilen van baby's als 'normaal' afgedaan of worden de lichamelijke symptomen van psychische problemen al te eenzijdig als somatische problematiek aangezien. Zeker als de vroedvrouw werkzaam is in een door artsen gedomineerd milieu zal de kans groot zijn dat psychische klachten gemedicaliseerd worden, waardoor een echte heling onmogelijk wordt. Traumasymptomen onderkennen is dus een belangrijke taak voor de vroedvrouw. Als de vroedvrouw aanwijzingen vindt voor de onderliggende trauma's kan zij een begeleiding opstarten door te 'spreken' met de baby over zijn ervaringen. Zij zou dan moeten spreken over de pijn van zijn ervaringen. Het durven benoemen van deze emotionele pijn is een belangrijke stap.

Deze begeleiding kan eventueel overgaan in een psychotherapeutische behandeling, waarvoor de vroedvrouw kan verwijzen naar een gespecialiseerde babytherapeut. Omdat babytherapie nooit kan plaatsvinden buiten de moeder om, is het belangrijk om de ouders te informeren over de mogelijke achtergronden van het trauma-huilen. Zij zullen zich ervan bewust moeten worden dat hun baby

professionele hulp nodig heeft. Ondersteuning van de ouders is dan ook een belangrijke opgave voor de vroedvrouw.

Afronding.

Babytherapie is volop in ontwikkeling. Helaas blijkt de behandeling van baby's steeds meer noodzakelijk en dat door het toenemend aantal geboortetrauma's en de toenemende prenatale belasting. Babytherapie is geen luxe, het voorkomt veel latere psychomotorische, sociale en emotionele problemen. Nog altijd geldt de psychologische wetmatigheid dat, hoe directer de behandeling kan aansluiten op het opgetreden trauma, des te groter de effecten zullen zijn van de behandeling. Baby's hebben vaak slechts een beperkte afweer opgebouwd tegen emotionele pijn en zijn daardoor meer toegankelijk voor behandeling, gericht op het helen van de pijn. Daardoor zal de babytherapie ook vaak beperkt kunnen blijven tot een aantal sessies. Zoals in elk nieuw werkveld bestaat wel het gevaar dat veel ongekwalficeerde hulpverleners baby's gaan behandelen. Hoe kwetsbaarder de cliënt is des te deskundiger moet de hulpverlener zijn. Gezien de grote kwetsbaarheid van baby's kan de 'accurate empathie' (Terry) met de pijn van de baby ook niet genoeg benadrukt worden.

Noten.

Literatuur.

Chamberlain, D., Life in the womb: dangers and oppertunities. In: The Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 14,1-2, 1999.

Eliacheff, C., Het kind dat een kat wilde zijn. De Bezige Bij, Amsterdam, 1995.

Emerson, W., Birthtrauma: the psychological effects of obstetrical interventions. In: The Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 13,1, 1998.

Emerson, W., Das verletzliche Ungeborene: Behandlungstechniken und forschungsergebnisse.. In : Harms, Th., Auf die Welt gekommen. Ulrich Leutner Verlag, Berlijn, 2000.

Harms, Th., Auf die Welt gekommen; die neuen Babytherapien. Ulrich Leutner Verlag, Berlijn, 2000.

Klaus, M, en Klaus, Ph, Your amazing newborn. Perseus books, Reading, 1998.

Nossent, S., Babyvisie; wat baby's denken en voelen. Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam, 1998.

Solter, A., Baby's weten wat ze willen. De Toorts, Haarlem, 1991.

Solter, A., De taal van huilen. De Toorts, Haarlem, 2000.

Stroecken, G., Het miskende kind in onszelf. MOM, Houten, 2001.

Stroecken, G., De stem van het jonge kind. MOM, Houten, 2003.

Szejer, M., Platz für anne; die Arbeit einer Psychoanalytikerin mit Neugeborenen. Kunstmann Verlag, München, 1998.

Terry, K., Seeking Accurate empathy. Personal Message, 2004.

Verny, Th., Tomorrow's baby. Simon&Schuster, New York, 2002.

Correspondentie:

Rien Verdult

Opleeuwstraat 59, 3840 Gors-Opleeuw (Borgloon)
012 – 67 19 35 Email: rien.verdult@skynet.be

