

Een moeder accepteert haar baby niet

W.G. STAAL, J.J. WERNAND, B. VAN DER GOOT

SAMENVATTING Er is weinig bekend over stoornissen in de hechting van de moeder aan haar kind in aanwezigheid van een psychiatrische stoornis. Zowel moeder als kind lopen in een dergelijke situatie echter een groot risico op het ontwikkelen van psychopathologie. Deze gevalbeschrijving laat zien dat het snel verrichten van een uitgebreid psychiatrisch onderzoek en het starten van een systeemgeoriënteerde therapie van groot belang is.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)11, 775-779]

TREFWOORDEN acute psychiatrie, hechting, persoonlijkheidsstoornis, postpartumdepressie, steunsysteem

Deze gevalbeschrijving wil de aandacht vestigen op het belang van grondige psychiatrische en psychologische diagnostiek in de acute psychiatrie. Er wordt hier een niet-alledaagse casus uit de acute psychiatrie gepresenteerd van een moeder die haar pasgeboren baby niet accepteert. Eerst wordt aandacht besteed aan de diagnostiek en behandeling van deze problematiek, waarna kort een theoretische achtergrond volgt.

METHODE

Met behulp van Medline werd zowel Nederlandse als Engelstalige literatuur verzameld. De volgende zoektermen werden gebruikt: *parenting, attachment, personality disorder, parents en children*.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte, een 34-jarige vrouw, werd op verzoek van haar huisarts met spoed gezien op het RIAGG Amersfoort en Omstreken met een verzoek om diagnostiek en behandeling. Zij werd verwezen omdat zij haar 3 weken oude dochttertje afwees en gedachten had om zichzelf te snijden.

Tijdens het eerste behandelcontact en alle daaropvolgende contacten was de partner van patiënte, een 34-jarige man, aanwezig. Het dochttertje verbleef bij de moeder van de partner.

De psychiatrische voorgeschiedenis vermeldt dat patiënte met haar ex-partner in 2000 enkele gesprekken heeft gehad bij een relatietherapeut. Patiënte had zich in dat jaar in de polsen gesneden in de hoop haar situatie te kunnen veranderen.

Tijdens de anamnese bij aanvang van de behandeling vertelde patiënte bevallen te zijn van een dochttertje, maar niets met het kind te maken te willen hebben. Zij voelde zich minderwaardig en achtergesteld ten opzichte van haar dochttertje en had moeite met in- en doorslapen. Patiënte zei zich te ergeren aan het feit dat alle aandacht op haar kind werd gevestigd en vond het vreselijk om zorg te dragen voor haar baby. Liefst wilde ze dat haar schoonouders de zorg voor het kind zouden dragen. Haar hele leven voelde zij zich achtergesteld en had zij het idee voor anderen klaar te moeten staan. Patiënte refereerde aan de zorg die zij als kind moest geven aan haar oudere zus die suikerziekte heeft (insulineafhankelijke diabetes) en de geringe aandacht die zij van haar ouders kreeg. Zij vond zichzelf lelijk en werd op school gepest. Pa-

tiënte zei al jaren negatieve gedachten over zichzelf te hebben.

Patiënte vertelde zich ondanks de problemen goed te kunnen concentreren en geen geheugenklachten of verminderde eetlust te hebben. Patiënte ontkende ooit een periode gehad te hebben waarin zij extreem veel energie had en nauwelijks sliep bij een goede of prikkelbare stemming. Psychotische belevingen zoals bijvoorbeeld het horen van stemmen of het hebben van extreem achterdochtige gedachten werden eveneens ontkend.

De partner bevestigde het verhaal van patiënte. Hij gaf aan dat hij verwachtte dat patiënte van gedachten omtrent hun dochtertje zou veranderen. Hij voelde zich ondanks de crises niet droevig of boos. Wel was hij van mening dat de situatie moest veranderen.

Relevante biografische gegevens Patiënte is de jongste dochter uit een gezin met twee dochters. Zij is zonder complicaties geboren na een normale zwangerschap en heeft een ongestoorde ontwikkeling als peuter doorgemaakt. Patiënte had een slecht contact met haar ouders. Haar vader was werkzaam bij een computerbedrijf. Hij overleed in 2002 aan de gevolgen van een hartaanval. De moeder van patiënte was huisvrouw en van joodse afkomst. Zij was in haar jeugd ernstig mishandeld en had in een jappenkamp gezeten. Ze overleed in augustus 2003, waarschijnlijk ten gevolge van hartfalen.

Patiënte werd op de kleuterschool, de lagere school en de mavo gepest en voelde zich eenzaam. Zij kreeg onvoldoende aandacht van haar ouders doordat alle aandacht naar haar zus ging. Deze zette al op jonge leeftijd het gezin onder druk door te dreigen een overdosis insuline te nemen en heeft patiënte ooit met een mes bedreigd. Nadat patiënte zonder doublures haar opleiding voltooide, werkte zij als administratief medewerkster. Ze wisselde meerdere malen van baan in verband met onvrede over de werksituatie.

Voordat zij haar huidige partner leerde kennen heeft patiënte één partner gehad, van wie zij tweemaal zwanger raakte. In beide gevallen leidde

dit tot een abortus provocatus. Met de huidige partner woont patiënte sinds een jaar samen, zij voelt zich bij hem gewaardeerd. Hij had een kinderwens, patiënte is hierin meegegaan zonder zelf deze wens te hebben. Gedurende de zwangerschap bleef zij ambivalent over haar moederschap. Er deden zich tijdens de zwangerschap en bevalling geen complicaties voor.

Gegevens uit onderzoek Bij onderzoek wordt een verzorgde, licht adipeuze vrouw, iets jonger ogend dan de kalenderleeftijd, gezien. Tekenen van automutilatie worden niet opgemerkt. Patiënte vertelt op cynische wijze haar verhaal bij een voelbare lijdensdruk. Tijdens het gesprek is er sprake van contactgroei. Psychiatrisch onderzoek toont een helder bewustzijn. Oriëntatie in tijd, plaats en persoon is intact. De aandacht is te trekken en te behouden. De waarneming is ongestoord, evenals het denken qua vorm en tempo. Er bestaan geen wanen, preoccupaties of overwaardige ideeën en schuldgedachten. De stemming is dysfoor bij een modulerend affect. Suïcidale ideaties zijn niet op de voorgrond aanwezig. Er is sprake van een negatief zelfbeeld.

Bij patiënte en haar partner werd aanvullend psychologisch persoonlijkheidsonderzoek verricht. Patiënte scoorde hoog op *borderline* persoonlijkheidskenmerken. De partner bleek geen persoonlijkheidsproblematiek te hebben. Wel bleek hij moeite te hebben emoties bij zichzelf of anderen te herkennen.

Diagnose Op grond van de sinds kinderjaren bestaande verminderde stemming, het geringe gevoel van eigenwaarde en het optreden van gevoelens van hopeloosheid, werd diagnostisch voldaan aan de DSM-IV-criteria voor een dysthyme stoornis. Daarnaast werd differentiaaldiagnostisch gedacht aan een postpartumdepressie. Deze diagnose vereist echter dat depressieve klachten binnen vier weken na de partus ontstaan, terwijl de depressieve klachten bij patiënte reeds bestonden voor er sprake was van graviditeit. Verder bestaan er aanwijzingen voor persoonlijkheids-

problematiek. Behoudens een lichte adipositas wordt geen actuele somatische ziekte gediagnosticeerd.

BEHANDELING EN BELOOP

De eerste drie maanden van de behandeling werden patiënte en haar partner wekelijks gezien. Er werd een niet-veroordelende bejegening gekozen, waarbij de beleving van patiënte steeds centraal stond (Byng-Hall 1995; Norton & Dolan 1996).

Patiënte werd in verband met haar dysthyme stoornis ingesteld op sertraline in een dosis van 50 mg per dag. Deze behandeling werd na 3 weken gestaakt wegens pruritisklachten. Patiënte wilde geen alternatieve medicatie.

Met patiënte en partner werd onderzocht welke strategieën patiënte als kind had ontwikkeld om te 'overleven' in een affectief verwaarlozende omgeving. Tevens werd onderzocht in hoeverre deze strategieën zinvol zouden zijn in haar huidige situatie. Daarnaast werd gewerkt met cognitieve therapeutische elementen. Het verrichte psychologisch onderzoek werd besproken, waarbij de nadruk werd gelegd op de sterke kanten van patiënte en haar partner en hoe zij elkaar konden aanvullen.

Binnen twee maanden verminderden de dysthyme klachten en kreeg patiënte meer belangstelling voor haar baby. Voorzichtig nam zij de zorg op zich. Op ons advies gebruikte ze een schema waarin haar tijdsinvestering ten aanzien van het kind nauw omschreven was. Uiteindelijk merkte patiënte dat zij momenten had waarin zij genoot van haar dochter. De behandelfrequentie werd verminderd naar eens per drie weken. Momenteel wordt patiënte nog steeds in deze frequentie gezien.

BESPREKING

Het kernprobleem in deze gevalsbeschrijving betreft een verstoring in het hechtingsproces van de moeder aan haar pasgeborene. Hoewel er veel

geschreven is over de hechting van kinderen, is er minder bekend over stoornissen in het hechtingsproces van moeder aan kind. Traditioneel wordt hechting gezien als een aangeboren neiging van het kind om gehecht te raken aan de verzorgers – een neiging die overlevingswaarde zou hebben gehad vanuit ethologisch-evolutionair perspectief. Omgekeerd wordt de hechting van ouders aan hun kind beschouwd als een diepgewortelde biologische en psychologische behoefte, die zelfs bij ernstige pathologie van de moeder tot uiting komt (Winnicott 1960).

Tal van omstandigheden, zoals ongewenste zwangerschap, postnatale psychopathologie, ernstige psychosociale problematiek en preëxistente psychiatrische aandoeningen, kunnen echter leiden tot een afwijzing van de pasgeborene en een bedreiging vormen voor de ontwikkeling van een stabiele hechting (Cohler e.a. 1996; Wernand & Kegel 1993). Verschillende onderzoeken laten zien dat ouderlijke psychopathologie kan interfereren met de gehechtheidsontwikkeling van kinderen (Hill 1996; Van IJzendoorn e.a. 1992).

Hoewel hechtingspatronen kunnen veranderen al naar gelang de omstandigheden, staat vast dat de negatieve gevolgen van een verstoorde hechting lang doorwerken. Onderzoek laat zien dat de kwaliteit van de vroegkinderlijke hechting samenhang vertoont met probleemoplossend vermogen en interpersoonlijke competentie op latere leeftijd (Hay e.a. 2001; Murray 1992; Weinfield e.a. 2000).

De weerzin die de zorg voor haar kind bij patiënte opriep, kan enerzijds opgevat worden als teken van een verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling (Kernberg 1984). Anderzijds lijkt de onveilige hechting die patiënte als kind mogelijk zelf heeft ervaren een rol te spelen in haar angst om te hechten aan haar dochter (Fonagy e.a. 1991). Daarnaast kan de afwijzende houding van patiënte gevoed zijn door ambivalente gevoelens ten opzichte van zorgtaken, die teruggrijpen op haar ervaringen in de omgang met haar zuster.

Het is van belang te vermelden dat de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie niet

noodzakelijk inhoudt dat er een slechtere behandelrespons is van de depressieve klachten (Mulder 2002). De aard van de problematiek maakte dat naast farmacologische therapie werd gekozen voor een structurerende systeemtherapie primair gericht op bevordering van de hechting. Doelen als het vergroten van de flexibiliteit en het werken aan een groter adaptief vermogen door inzicht van de betrokkenen werden nagestreefd. Verder werd bij herhaling een inschatting gemaakt van de risico's voor het kind. Voorts lag het uiteindelijke succes van de behandeling in de niet-veroordelende houding van de behandelaars en het snel op gang komen van specifieke hulpverlening vanuit crisisinterventie.

CONCLUSIE

Er is weinig casuïstiek over de behandeling van verstoring van het hechtingsproces van de moeder aan haar pasgeborene in de acute psychiatrie. Zowel moeder als kind lopen in een dergelijke situatie een groot risico op het ontwikkelen van psychopathologie. Snelle en grondige diagnostiek is geïndiceerd om de ernst van de situatie en de risico's voor het kind te kunnen inschatten. Biografische gegevens over de gehechtheidspatronen van de ouders leveren aanknopingspunten op die essentieel zijn voor de behandeling. Het kiezen van een niet-veroordelende, transparante houding, het betrekken van de partner in de behandeling en het oog hebben voor comorbide psychiatrische stoornissen, vormen noodzakelijke elementen voor een therapie.

LITERATUUR

- Byng-Hall, J. (1995). Positive framing of parenting scripts. In J. Byng-Hall, *Rewriting Family Scripts. Improvisation and systems change* (pp. 200-220). New York: The Guilford Press.
- Cohler, J.B., Stott, F.M., & Musick, J.S. (1996). Distressed parents and their young children: interventions for families at risk. In M. Göpfert, J. Webster & M.V. Seeman (Red.), *Parental psychiatric disorders: distressed parents and their families* (pp. 107-134). Cambridge: Cambridge University Press.

- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Hay, D.F., Pawlby, S., Sharp, D., e.a. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 871-889.
- Hill, J. (1996). Parental psychiatric disorder and the attachment relationship. In M. Göpfert, J. Webster & M.V. Seeman (Red.), *Parental psychiatric disorders: distressed parents and their families* (pp. 7-16). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ijzendoorn, M.H. van, Goldberg, S., Kroonenberg, P.M., e.a. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543-561.
- Norton, K., & Dolan, B. (1996). Personality disorder and parenting: engaging in treatment. In M. Göpfert, J. Webster & M.V. Seeman (Red.), *Parental psychiatric disorders: distressed parents and their families* (pp. 219-232). Cambridge: Cambridge University Press.
- Weinfeld, N.S., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71, 695-702.
- Wernand, J.J., & Kegel, I. (1993). Kinderen van psychiatrische patiënten. In G. Cluckers, R. Kohnstamm, J. Rispen e.a. (Red.), *Handboek kinderen en adolescenten, aflevering 21* (pp. 1-22). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *The International Journal of Psycho-analysis*, 41, 585-595.

AUTEURS

W.G. STAAL is psychiater en is medisch hoofd van de gesloten unit jeugdpsychiatrie in het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

J.J. WERNAND is als psychiater werkzaam bij het RIAGG Amersfoort en Omstreken en is opleider voor het onderdeel

sociale psychiatrie van de psychiatrieopleiding.

B. VAN DER GOOT is als psychiater werkzaam bij het RIAGG Amersfoort en Omstreken.

Correspondentieadres: dr. W.G. Staal, psychiater, medisch hoofd gesloten unit jeugdpsychiatrie UMC Utrecht, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht.

E-mail: W.Staal@psych.azu.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-3-2004.

SUMMARY

A mother refuses to accept her baby. A case study – W.G. Staal, J.J. Wernand, B. van der Goot –

Little is known about how the attachment between mother and child can be adversely affected by psychiatric illness in the mother. In such situations both mother and child run the risk of developing severe psychopathology. This case study demonstrates how important it is to carry out a thorough psychiatric assessment at the earliest opportunity and to embark thereafter on the most appropriate course of therapy. The article provides some treatment principles and a theoretical background.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)11, 775-779]

KEY WORDS attachment, emergency psychiatry, personality disorder, postpartum depression, social support

ARTA-LIEVEGOEDGROEP

Antroposofische psychiatrie en verslavingszorg

De Arta-Lievegoedgroep is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg die werkt vanuit antroposofische inspiratie. Landelijk bieden de divisie Verslavingszorg en de divisie Psychiatrie zorg op acht locaties.

Gewerkt wordt vanuit het antroposofisch mensbeeld, waarbij naast reguliere behandelingen aanvullende antroposofische therapieën worden gegeven.

De kliniek is een aantrekkelijke werkplek in een kleinschalige en dynamische organisatie met korte lijnen en een open sfeer van omgaan met elkaar. In de organisatie wordt gewerkt vanuit een holistische, mensgerichte behandelvisie met aandacht voor zingevingvragen.

Werken bij de Bernard Lievegoed Kliniek is bijzonder

De Bernard Lievegoed Kliniek te Bilthoven is een psychiatrische kliniek met 26 bedden en een ambulante zorg met circa 7000 poliklinische verrichtingen per jaar en deeltijdbehandelingen variërend van een dagdeel tot drie dagen per week.

Voor de Ambulante en Klinische Zorg van de Bernard Lievegoed Kliniek in Bilthoven zoeken wij een m/v

Psychiater

die binnen de Deeltijd op enthousiaste wijze het zorginhoudelijk beleid kan aansturen en op beide afdelingen als Psychiater werkzaam is.

Hoofdtaken

- diagnostiek, indicatiestelling en behandeling voor ambulante en klinische patiënten;
- zorgdragen voor continuïteit van onderzoek en behandeling;
- zorginhoudelijk aansturen van behandelaars van met name de Deeltijd en zorgen voor een samenhang tussen beide afdelingen;
- mede vormgeven van het behandelbeleid binnen de organisatie en specifiek voor de Deeltijd van de Bernard Lievegoed Kliniek;
- ontwikkelen van een evenwichtige en geïnspireerde behandelcultuur;
- vervullen van consultfunctie voor verwijzers en interne behandelaars;
- deelname aan de 24-uurs bereikbaarheidsdienst.

Functie-eisen

U beschikt over een opleiding als psychiater met relevante ervaring en bij voorkeur psychotherapeutische scholing. U kunt en wilt samenwerken in een multidisciplinair team. U beschikt over uitstekende communicatieve eigenschappen en gevoel voor humor. U staat open voor de antroposofie en bent bereid zich in de antroposofische geneeskunst te scholen.

Wij bieden

Wij bieden een voltijdaanstelling voor onbepaalde tijd in een functie waarbij u de ruimte krijgt voor het ontwikkelen van initiatieven. De CAO-GGZ met de AMS regeling is van toepassing.

Informatie en sollicitatie

Voor inlichtingen over de functie kunt u contact opnemen met de heer drs. J.M. Abas, beleidspsychiater, of met mevrouw L. van der Maat, divisie-manager Psychiatrie, telefoon (030) 225 55 55. Zie ook www.lievegoedgroep.nl. Uw schriftelijke sollicitatie kunt u richten aan de Arta-Lievegoedgroep, t.a.v. afdeling Personeelszaken, Prof. Bronkhorstlaan 24, 3723 MB Bilthoven of via e-mail naar pz@lievegoedgroep.nl.