

Relationele aspecten van psychotische syndromen in het puerperium

door Dr M. J. van Trommel

Inleiding

In het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzicht is het de gewoonte bij een puerperale psychose zowel de moeder als haar kind op te nemen. Hierdoor bestaat reeds vanaf het begin van de opname de mogelijkheid om ook de relatie moeder-kind in de behandeling te betrekken. Ten opzichte van vroeger gebruikelijke behandelingsmethoden betekent dit een belangrijke verbreding van de behandeling, daar voorheen alleen de kraamvrouw werd opgenomen.

Aangezien uit recente literatuur steeds duidelijker de relationele aspecten van psychisch dysfunctioneren naar voren komen, rees bij ons de vraag welke relationele factoren in verband kunnen worden gebracht met psychisch en met name psychotisch dysfunctioneren in het puerperium. Hoewel toegespitst op deze vraagstelling tot nu toe geen publikaties zijn verschenen, bleek het toch mogelijk een aantal literatuurgegevens zodanig te combineren, dat een goed uitgangspunt kon worden gevonden voor onderzoek van gegevens betreffende in dit ziekenhuis behandelde vrouwen met psychotische syndromen rond het puerperium.

Literatuurgegevens

Uitingsvormen van puerperale psychose.

Vanaf Hippocrates zijn publikaties over puerperale psychose verschenen. Sedert de tweede helft van de vorige eeuw verschenen vele geschriften. Een goed overzicht werd gegeven door Jansson als inleiding van de beschrijving van zijn dissertatie betreffende psychische decompensatie-toestandsbeelden rond het puerperium.

Ondanks het grote aantal publikaties is het tot nu toe niet gelukt nauwkeurig en eenduidig het ziektebeeld puerperale psychose te omschrijven. Evenmin is het mogelijk gebleken een duidelijke grens

* Schrijver is als arts verbonden aan de psychiatrische afdeling van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzicht. Hoofd: Prof. Dr. G. A. Ladee.

aan te geven tussen normale en abnormale reacties in het puerperium. Het is bekend dat ook bij gezonde vrouwen in het puerperium veelvuldig een labiliteit optreedt. Jansson noemt een percentage van 60% van normale zwangere vrouwen, die na de partus gedurende enige dagen een depressief gevoel hebben. Men spreekt in dit verband ook wel van huidagen, die zich vaak vanaf de derde tot de achtste dag post partum kunnen voordoen.

Voorts is het bekend dat gedurende een aantal weken na de bevalling verschijnselen kunnen optreden die kunnen worden samengevat als een hyperesthetisch emotioneel syndroom: verschijnselen van snel geprikkeld zijn, onvoldoende tolerantie hebben voor harde geluiden, slecht kunnen inslapen en het hebben van concentratiestoornissen.

Doch ook ernstiger vormen van labiliteit kunnen zich voordoen na een bevalling, zoals gevoelens van depersonalisatie, depressie of angstbeleving.

Tenslotte kunnen zich psychotische toestandsbeelden voordoen. Deze vormen als het ware een continuum met de hiervoor genoemde uitingsvormen.

Men kan zoals uit het voorgaande blijkt, moeilijk een grens aangeven tussen normale en abnormale reacties in het puerperium. Evenmin is het mogelijk gebleken eenduidig af te perken wat men wel en wat men niet onder het ziektebeeld puerperale psychose kan rangschikken. Een groot aantal symptomen kan men aantreffen, geen ervan behoeft obligaats aanwezig te zijn, wil men van een puerperale psychose spreken. Zo kan de symptomatologie in hoofdzaak amentieel dan wel maniform, melancholiform, schizofreniform gekleurd zijn. In al deze gevallen kan van een puerperale psychose sprake zijn. Wel kan men stellen dat het amentieel beeld vaker voorkomt dan de andere uitingsvormen. Onder een amentieel beeld verstaat men een bewustzijnsstoornis van wisselende intensiteit, gecombineerd met een beleving van radeloosheid, die voortkomt uit gedesorienteerd zijn.

Wellicht is het polymorfe karakter juist het typerende in de uitingsvorm van dit ziektebeeld. Jansson (1963) komt tot de volgende uitspraak: 'To sum up, there appears to be general agreement that insufficiencies associated with partus may present an exceedingly varying symptomatology. A fairly common impression seems to be that insufficiencies are hard to fit into the present diagnostic groups.'

Aetiologie

Jansson geeft een overzicht van een groot aantal publikaties, waarbij hij een indeling maakt in drie groepen:

- 1 lichamelijke stressfactoren,
- 2 psychische stressfactoren,
- 3 individuele predispositie.

1 – *Lichamelijke stressfactoren* zouden in ruime mate verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor het optreden van psychisch dys-

functioneren in het puerperium. In dit verband is het begrijpelijk, dat verandering van het hormonale evenwicht post partum het onderwerp van vele onderzoeken is geweest. De belangstelling werd onder andere gericht op oestrogenen, prolactine, antidiuretisch hormoon en thyroxine. In geen van de gerefereerde onderzoeken kon een aetiologische factor worden aangetoond.

2 – Hetzelfde gold voor de *psychische stressfactoren*. Iedereen is overtuigd van het feit dat ook onder normale omstandigheden zwangerschap, bevalling en puerperale periode een stress-verhogend effect hebben. Dat wil zeggen dat de stabiliteit van de persoonlijkheidsstructuur onder deze omstandigheden op de proef wordt gesteld. De invloed van een groot aantal factoren op het ontstaan van psychisch dysfunctioneren in het puerperium is onderzocht; zoals bijvoorbeeld ongewenste zwangerschap, het ongehuwd, gescheiden of weduwe zijn, ongunstige economische en sociale omstandigheden alsmede afwijzende houding van de echtgenoot ten opzichte van de zwangerschap. In geen van de onderzoeken werd een duidelijk verschil gevonden met vrouwen die een puerperium zonder klachten doormaakten.

3 – Veel onderzoek werd gewijd aan de mogelijkheid van een *individuele predispositie*. Jansson vermeldt een groot aantal publicaties. Geen van deze studies mondde uit in een of meer factoren, die speciaal in oorzakelijk verband konden worden gebracht met psychisch dysfunctioneren in het puerperium. Voor zover deze onderzoekers meenden dat een aantal factoren worden aangemerkt, bleek dit in gelijke mate te gelden voor andere ziektebeelden, zoals bijvoorbeeld schizofrenie en manisch-depressieve psychose. Onderzoek werd onder andere gericht op erfelijke factoren en op gestoorde sexualiteitsbeleving. Ook op deze gebieden werden geen duidelijke predisponerende factoren aangetoond. Een aantal onderzoekers noemt een infantiele persoonlijkheidsstructuur als een mogelijke predisponerende factor. Doch ook hierbij bleek geen specifiek verband te kunnen worden aangetoond met psychisch dysfunctioneren in het puerperium. In ruimer verband werden genoemd psychasthene eigenschappen, ambivalentieconflicten ten opzichte van ouders en echtgenoot, alsmede een sterke afhankelijkheidsrelatie tegenover de moeder.

Uit de gepubliceerde onderzoekingen is het derhalve tot nu toe niet mogelijk gebleken een specifiek symptomencomplex noch een specifiek complex van factoren te benoemen, die met psychisch dysfunctioneren rond het puerperium in relatie kunnen worden gebracht.

Het is duidelijk, dat hieruit evenmin specifieke therapeutische benaderingswijzen kunnen worden afgeleid. Een behandeling van een patiënte, lijdende aan een puerperaal syndroom, zal derhalve symptoomgericht moeten zijn. Dit is op zich geen opmerkelijke constatering, omdat een psychiatrische behandeling vaak symptoomge-

richt is. Het lijkt mij in dit verband dan ook van groot belang na te gaan of een relationele benadering van dit ziektebeeld ons therapeutisch arsenaal kan uitbreiden. De onderzoeken, waaraan ik in het voorgaande heb gerefereerd, hebben zich gericht op de individuele patiënt, die als het ware in éénrichting verkeer onderhevig is aan een aantal factoren, die in relatie kunnen worden gebracht met dit ziektebeeld. In de laatste twee decennia hebben een groot aantal publikaties het licht gezien, waarin interacties tussen personen onderwerp van studie waren (Jackson, Bateson, Watzlawick e.a., 1971). Hierbij distantieerde men zich van het lineaire oorzaak-gevolg principe, doch men bestudeerde de wisselwerking van waarneembaar gedrag tussen personen. Dit heeft geleid tot het formuleren van een aantal wetmatigheden, die op het menselijk gedrag van toepassing zijn, bezien vanuit een circulair, in tegenstelling tot een lineair verband. Onafhankelijk van elkaar hebben Selvini-Pallazoli (1974, 1976) en Karpel (1976) mogelijkheden aangegeven om een brug te slaan tussen deze lineaire en circulaire wijzen van begrijpen van menselijk gedrag.

Selvini-Pallazoli heeft dit gedaan naar aanleiding van de behandeling van anorexiëpatiënten en hun gezinsleden. Karpel beschreef op treffende wijze het samengaan van deze twee beschouwingwijzen bij bestudering van patiënten die in onvoldoende mate een individuatieproces hebben doorgemaakt. Aangezien zijn beschrijving zeer goed van toepassing is op kraamvrouwen die aan een puerperaal syndroom lijden, zal ik eerst een aantal gegevens uit dit artikel vermelden. Daarna zal ik trachten deze gegevens te relateren aan die van een tiental kraamvrouwen, die in het tijdsbestek van ongeveer anderhalf jaar op de psychiatrische afdeling werden opgenomen met een puerperaal psychotisch syndroom.

Karpel stelt in zijn artikel het individuatieproces centraal. Hij doelt daarbij op het proces dat iemand doormaakt, wanneer hij zich in een gegeven relationeel kader differentieert. Dat kan in iedere ontwikkelingsfase plaatsvinden. Het zeer jonge kind bijvoorbeeld komt op de leeftijd van ongeveer acht maanden geleidelijk aan los uit de symbiotische relatie die hij met de moeder onderhoudt. Het wat oudere kind maakt het proces van separatie door, waardoor het individuatieproces meer vorm gaat krijgen. Op ongeveer 2-jarige leeftijd gaat hij het woord 'Ik' gebruiken. Dit proces zet zich steeds verder voort. Een adolescent bijvoorbeeld, die zich gaat afzetten tegen bepaalde gezinswetten, maakt eveneens een voortgang in het individuatieproces door. Hetzelfde geldt voor twee pas gehuwde partners, die in wisselwerking tot elkaar ervaren op welke wijze zij elkaar kunnen aanvullen en hoe een aantal eigenschappen, die de een heeft en de ander mist, tot beider voordeel kan zijn.

Steeds treedt bij het voortschrijden van dit individuatieproces een scheiding of afstand op binnen het betreffende relationele kader. Naarmate het individuatieproces vordert, gaat iemand zich in toenemende mate 'Ik' voelen binnen de 'Wij'-situatie. Karpel onderscheidt in dit proces twee facetten (figuur 1):

	onvolwassen	volwassen
relatie	kluwenvorming	dialogovorming
afstand	geen object- relaties mogelijk	individuevorming met eigen grenzen

Figuur 1: Individuatie- en differentiatieproces, individueel en relationeel be-
zien

(1) – *Afstandsaspect.* Een voorwaarde voor het kunnen doormaken van dit individuatieproces is dat men in staat moet zijn anderen c.q. objecten op afstand te zetten. Pas hierna kan men een relatie met iemand of iets aangaan. Dat wil zeggen de mate, waarin men zelf kan kiezen om zichzelf als een 'Ik' af te zonderen dan wel een deel van 'Wij' te blijven, is hiervoor bepalend.

(2) – *Groeiaspect.* De mate, waarin men een persoonlijk groeiproces doormaakt bepaalt iemands differentiatie. Onvoldoende groei impliceert onvoldoende individuatie. Degene die een differentiatieproces heeft doorgemaakt, kan in relationeel opzicht een dialoog aangaan. Wanneer twee individuen op onvolwassen wijze een relatie onderhouden kan men volgens Karpel van volledige fusie spreken. Dit begrip geeft naar mijn mening aanleiding tot verwarring, omdat met fusie een versmelting van individuen wordt aangeduid. Wanneer iemand zich in ernstige mate versmolten voelt met iemand anders, kan men van een psychotische beleving spreken. Aangezien dit hier niet wordt bedoeld, geef ik in plaats van over fusievorming te spreken de voorkeur aan de omschrijving kluwenvorming. Hiermee wordt dan een toestandsbeeld aangegeven, waarbij twee of meer personen zich in elkaar verstrengeld voelen.

De omschrijving van mogelijkheden, zoals in figuur 1 is weergegeven, zal in deze vorm nauwelijks met de werkelijkheid overeenkomen. Ieder individuatieproces is een resultaat van een groot aantal zowel onvolgroeide als volwassen gedeelten. Naarmate de volwassen aspecten de overhand hebben, zal men van een meer ontwikkeld individuatieproces kunnen spreken. Terwille van de begripsbepaling lijkt mij deze abstractie echter toch wel te gebruiken. Het lijkt aannemelijk te veronderstellen dat de extreme weergave, voor zover deze dan in werkelijkheid zou voorkomen, niet als problematisch wordt ervaren. Wel kunnen de overgangsvormen tussen deze twee uitersten als storend worden beleefd, omdat deze veel minder stabiel zijn (figuur 2).

	onvolwassen	overgangsvorm	volwassen
relatie	volledige kluwenvorming	ambivalente kluwenvorming	dialogo- vorming
afstand	geen object- relaties mogelijk	ambivalente isolering	individuevorming met eigen grenzen

Figuur 2: Overgangsvormen in het individuatie- en differentiatieproces

In de overgangsvorm bestaan 'Ik' en 'Wij' gevoelens als niet stabiele grootheden naast elkaar, hetgeen tot ambivalentiegevoelens kan leiden.

Uit relationeel oogpunt bezien, zijn uit figuur 2 de navolgende stadia van belang:

- 1 volledige kluwenvorming,
- 2 ambivalente kluwenvorming,
- 3 dialoogvorming.

1 – *Volledige kluwenvorming*. Een dergelijke relatievorm wordt beleefd als van een volledig afhankelijk kind. Wanneer bijvoorbeeld twee personen een dergelijke relatie onderhouden, gebruiken zij al hun energie om genegenheid van en bevestiging van de ander te zoeken in wederzijdse competitie. Er wordt niet gestreefd naar zelfstandigheid. Dit wordt als te bedreigend gevoeld. De grens tussen de een en de ander wordt zo vaak beleefd, dat verlies van de ander ondergang van de een dreigt in te houden. De ander is daardoor essentiële voorwaarde geworden om verder te kunnen leven. Deze relatievorm is gebaseerd op identificatie, doch niet op differentiatie.

Deze relatievorm werd in enigszins gemitigeerde vorm aangetroffen bij één van de echtparen, waarvan de echtgenote op onze afdeling was opgenomen met een puerperale psychose. Beide partners voelden het als een ernstige bedreiging wanneer zij meningsverschillen op hun weg aantroffen. Deze probeerden zij op verschillende manieren te omzeilen. Toen zij in een van de partnersgesprekken ervoeren dat de één man en de ander vrouw was, verzochten zij om dit onderwerp van gesprek te verlaten, omdat beiden, doch vooral de vrouw, zich erg angstig voelden.

2 – *Ambivalente kluwenvorming*. Onze patiënten met puerperale syndromen bleken zonder uitzondering allen deze onbevredigende relatievorm met hun partners te onderhouden. De relatie werd als conflict ervaren omdat zij enerzijds een behoefte naar differentiatie voelden, doch anderzijds vasthielden aan hun vertrouwde omgangsvorm op basis van identificatie. Enerzijds de angst om in een kluwen ineengestremgeld op te gaan, anderzijds de angst om geïsoleerd van de ander verantwoordelijkheid voor zichzelf te moeten dragen. De ambivalentiegevoelens die op basis hiervan ontstaan, kunnen vele conflictsituaties oproepen. Karpel beschrijft hiervan vijf mogelijkheden:

2.1 – *Afstandsvorming door een der partners*. Het kluwengevoel wordt afgewend doordat één der partners een façade van afstand onderhoudt. Deze vorm zagen wij o.a. bij één van de echtparen in in ons onderzoek. De echtgenote gedroeg zich als een afhankelijke en onzekere vrouw, terwijl de partner zich omhulde met bravourgedrag. Toen de echtgenote met de baby werd opgenomen, veranderde de houding van de echtgenoot volledig. Hij ontpopte zich als een angstige man, die zich zonder de steun van zijn echtgenote niet kon handhaven. Hij ondernam zeer veel pogingen om zijn echtgenote te bewegen met vervroegd ontslag te gaan. Ondanks onze begeleiding van hen beiden hebben wij dit niet kunnen voorkomen.

2.2 – Afstandvorming, afwisselend door beide partners. Deze afwisseling vindt geheel complementair plaats, dat wil zeggen wanneer de één een façade van afstand in de relatie onderhoudt, zoekt de ander nabijheid en afhankelijkheid. De partners kunnen elkaar afwisselen met tegengesteld gedrag. Wij zagen dit relatiepatroon duidelijk bij één van de door ons behandelde patiënten. Aanvankelijk was de echtgenote suïcidaal, terwijl de partner zich als de flinke huisvader voordeed, die alle beslissingen moest nemen. Naarmate de echtgenote meer zelfstandigheid ging ontwikkelen, zagen wij bij de partner depressief gedrag met suïcidale uitingen ontwikkelen. Toen de stemming van de partner daarna verbeterde, deed de echtgenote grote moeite om weer de patiëntenrol te mogen vervullen.

2.3 – Alternerende afstandsvorming door beide partners. Beide partners bevinden zich hierbij cyclisch dicht bij de kluwenpool, dan weer bij de beleving waarbij zij geen verbondenheid tot elkaar ervaren. Een relatievorm die in de volksmond bekend staat als: 'Bij elkaar deugen zij niet – van elkaar meugen zij niet'.

2.4 – Onderhouden van voortdurende conflictspanning. Bij deze relatievorm onderhouden beide partners conflictspanning, doordat zij bij voortdurende ambivalente compromissen zoeken tussen de twee reeds genoemde polen van kluwenvorming en het niet ervaren van verbondenheid. Men vindt hierbij steeds objecten, waarop de conflicten kunnen worden gericht, zoals bijvoorbeeld voortdurende onenigheid over de opvoeding van een kind, over extramatriemoniële contacten, over alcoholmisbruik enz. Zij plaatsen als het ware een beschermende buffer van conflicten tussen elkaar in.

2.5 – Ogenschijnlijke groei van één der partners. Hierbij kan men zien dat één van de partners zich met ogenschijnlijk veel zelfvertrouwen ontfermt over de ander, die zich hulpeloos gedraagt. De hulpeloze van deze twee probeert de ander tot nog meer zelfstandig lijkend gedrag te bewegen, door een nog hulpelozere opstelling te vinden. De ander kan zichzelf slechts bij de gratie van de eerste zelfstandig gedragen, waarbij een façade moet worden opgehouden van een veel sterkere dan met de werkelijkheid overeenkomt. Dit relatiepatroon namen wij duidelijk waar bij één van onze patiënten. De patiënte bracht haar man tot wanhoop, door voortdurend van hem te eisen, dat hij alle beslissingen moest nemen. Wanneer eenmaal de beslissing was genomen na vele beraadslagingen, liet patiënte merken dat zij zich niet vertrouwd kon voelen bij een echtgenoot die zoveel tijd nodig had om tot een dergelijke beslissing te komen. Des te meer zelfvertrouwen de echtgenoot ten toon spreidde, hoe onzelfstandiger patiënte zich ging gedragen. Er ontspoon zich zelfs een machtsstrijd over het feit wie tot de opname van patiënte had beslist. Patiënte vond dat haar echtgenoot hiertoe had besloten, toen zij volledig gedepersonaliseerd was. De echtgenoot trachtte met alle mogelijke middelen aan te tonen, dat hij door haar hiertoe was gedwongen. Zou hij toegeven dat het zijn beslissing was geweest, dan zou patiënte van hem eisen, dat hij deze beslissing weer ongedaan diende te maken door de behandelend arts te verzoeken patiënte uit de behandeling te ontslaan. Het gelukte patiën-

te haar echtgenoot weer in de oegenschijnlijke zekere rol te verkrijgen, waarbij hij haar ontslag eiste. Patiënte kon zich hierbij verschuilen achter het feit dat haar partner hierop had aangedrongen. Hij kon zich door deze gang van zaken een houding geven, waardoor hij zijn gevoel van afhankelijk zijn van zijn echtgenote kon verbergen. Tijdens individuele gesprekken met hem, durfde hij wel uit te spreken hoe onzelfstandig hij zich voelde en hoe moeilijk hij zich kon handhaven, nu zijn echtgenote was opgenomen.

3 – *Dialogovorming*. In dit relatiepatroon zijn de polen van het 'Ik'- en 'Wij'-gevoel zodanig geïntegreerd, dat zij elkaar ondersteunen. In deze omgangsvorm zijn twee complementaire delen te onderscheiden, namelijk een individuatiecomponent (dat wil zeggen een gedifferentieerd 'Ik') en een dialogocomponent (dat wil zeggen een gedifferentieerd 'Wij'). In de dialogovorm zoeken de partners differentiatie en trachten elkaar hier tevens in te bevestigen. De partners zijn in een dergelijke relatie in grote mate bereid verantwoordelijkheid te dragen voor hun eigen leven. Zij proberen vanuit henzelf te reageren en op deze basis richting te geven aan onverwachte gebeurtenissen.

Eigen onderzoek

Wij hebben getracht op retrospectieve wijze gegevens te verzamelen van tien vrouwen die in een periode van anderhalf jaar op onze afdeling werden opgenomen met een psychotisch puerperaal syndroom. Tevens hebben wij gepoogd deze gegevens te relateren aan hetgeen hiervóór werd vermeld.

In *tabel 1* worden gegevens vermeld van deze groep vrouwen betreffende leeftijd en diagnose.

Tabel 1: Puerperale syndromen

nr.	leeftijd	diagnose
1	20	puerperale psychose
2	22	maniform syndroom post partum
3	23	puerperale psychose
4	24	maniform gekleurd amentieel beeld in het puerperium
5	26	peripuerperaal depersonalisatiesyndroom
6	26	fobisch-obsessief depersonalisatiesyndroom post partum
7	26	puerperale psychose
8	28	puerperale psychose
9	30	maniform syndroom in het puerperium
10	33	post partum depersonalisatiesyndroom

In *tabel 2* zijn een aantal gegevens bijeengebracht betreffende de persoonlijkheidsstructuur van de patiënten en hun partners. Tevens wordt vermeld hoe hun relatie werd beleefd, alsmede of één van hen dan wel beiden pogingen hadden ondernomen om zich aan hun relatiepatroon te ontworstelen.

Table 2: Puerperale syndromen

nr.	ik-structuur		huwelijkrelatie	patiënte	voorgaande uitwijkpogingen	
	patiënte	echtgenoot			patiënte	echtgenoot
1	afhankelijk	kinderlijk	onbevredigende kluwenvorming	e.m. fantasieën, weglopen naar moeder	onbekend	onbekend
2	infantiel	afhankelijk, bravouredrag	onbevredigende kluwenvorming	suïcidale gestes	e.m. contacten	e.m. contacten
3	ik-zwak	infantiel	onbevredigende kluwenvorming	onbekend	onbekend	onbekend
4	infantiel, kwetsbaar	weinig krachtig, passief	onbevredigende kluwenvorming	suïcidale fantasieën	onbekend	onbekend
5	ik-zwak, klein	ik-zwak, klein	onbevredigende kluwenvorming	onbekend	e.m. jaloezheid- fantasieën	e.m. jaloezheid- fantasieën
6	infantiel	verlegen, kinderlijk	onbevredigende kluwenvorming	e.m. fantasieën, kind voortbrengen	onbekend	onbekend
7	ik-zwak	faalangst	kluwenvorming	onbekend	onbekend	onbekend
8	ik-zwak	kinderlijk	onbevredigende kluwenvorming	onbekend	emotionele contacten elders	emotionele contacten elders
9	infantiel	ik-zwak, onevenwichtig, bravouredrag	onbekend	e.m. contacten	e.m. contacten	e.m. contacten
10	ik-zwak, labiel	angstig	onbevredigende kluwenvorming	suïcidale geste	suïcidale geste, e.m. contact	suïcidale geste, e.m. contact

Aangezien deze gegevens na ontslag van de patiënten uit de ziektegeschiedenissen werden gedestilleerd is het begrijpelijk dat niet in alle gevallen de gewenste gegevens konden worden aangetroffen. Evenmin was het hierdoor mogelijk éénduidige criteria te hanteren, die aan de verschillende rubrieken ten grondslag liggen.

Desalniettemin kwam uit deze gegevens naar voren, dat niet alleen de opgenomen patiënten, doch ook hun partners omschreven werden als ik-zwakke, afhankelijke en infantiele personen. In vrijwel alle gevallen kon hun relatie als een onbevredigende kluwenvorming worden omschreven. Voorts hadden zij in overgrote meerderheid van de gevallen pogingen ondernomen om zich van dit relatiepatroon te ontdoen door extramatrimoniale (e.m.) contacten en fantasiën, alsmede door suïcidale uitingen.

Wij waren getroffen door de grote mate van overeenkomst in de persoonlijkheidsstructuur van de beide partners. Bovendien bleek het relatiepatroon van de verschillende partners zeer veel gelijkenissen te vertonen; meer dan wij aanvankelijk vermoedden. De vraag drong zich op, of een dergelijk relatiepatroon van onbevredigende kluwenvorming van twee ik-zwakke, infantiele partners een karakteristieke en specifieke bevinding zou zijn bij puerperale decompensatie.

Ter beantwoording van deze vraag hebben wij overeenkomstige gegevens verzameld van tien gehuwde vrouwen, die in dezelfde periode werden opgenomen, waarvan tevens bekend was dat zij een ik-zwakke en infantiele persoonlijkheidsstructuur bezaten. Leeftijd en diagnose van deze groep vrouwen staan vermeld in *tabel 3*.

Tabel 3: Ik-zwakke groep zonder puerperale syndromen

nr.	leeftijd	diagnose
1	23	schizofrenie
2	23	anorexie, hysterie
3	25	ontwikkelingspsychopathie
4	26	hysterie
5	26	fobisch syndroom bij hysterische personality disorder
6	26	maniforme psychose
7	27	calamity syndroom bij personality disorder
8	27	psychogeen geluxeerde manie
9	28	psychogene psychose
10	29	hysterische depressie

De gemiddelde leeftijd van de twee groepen patiënten vertoonde geen significante verschillen. Voorts was het opvallend, dat overeenkomstige gegevens werden aangetroffen bij deze groep patiënten, zoals reeds werd vermeld voor de eerste groep vrouwen in *tabel 2*.

Een grote overeenkomst in huwelijksrelatie en de beleving hiervan, alsmede een grote gelijkenis in de persoonlijkheidsstructuur van beide partners (*tabel 4*).

Tabel 4: Ik-zwakke groep zonder puerperale syndromen

nr.	ik-structuur		huwelijksrelatie	voorgaande uitwijkpogingen echtgenoot	
	patiënte	echtgenoot		patiënte	echtgenoot
1	infantiel	onstabiel, geen doorzettingsvermogen	onbevredigend	wil scheiden	onbekend
2	infantiel, afhankelijk	onzelfstandig, neurotisch	kluwenvorming	suïcidale gestes	e.m. contacten
3	ik-zwak	zwak, labiel	onbevredigende kluwenvorming	tentamen suïcidii	e.m. contact
4	infantiel	labiel	onbevredigende kluwenvorming	e.m. fantasieën	e.m. contact?
5	ik-zwak	zacht, onrijp, infantiel	onbevredigende kluwenvorming	e.m. contact, wil scheiden	e.m. contact
6	ik-zwak, infantiel	ik-zwak, infantiel	onbevredigende kluwenvorming	scheidingsfantasieën	e.m. contact
7	infantiel, afhankelijk	ik-zwak	onbevredigend, machtsstrijd	e.m. fantasieën	e.m. contacten
8	ik-zwak	ik-zwak, infantiel	kluwenvorming	e.m. fantasieën, suïcidale fantasieën	onbekend
9	infantiel	ogenschijnlijk evenwichtig	onbevredigende kluwenvorming	e.m. fantasieën	onbekend
10	infantiel	infantiel	onbevredigende kluwenvorming	weggelopen naar ouders	onbekend

Hierbij dient wel te worden vermeld, dat betreffende de persoonlijkheidsstructuur van de partners minder gegevens beschikbaar waren dan in de groep vrouwen met puerperale syndromen. Met de partners van de eerste groep vrouwen hadden de behandelend artsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkenden meer contact gehad dan met partners uit de tweede groep.

Uit deze gegevens blijkt dat, hoewel alle vrouwen die waren opgenomen met een puerperaal syndroom, een huwelijksrelatie hadden die kon worden getypeerd als ambivalente kluwenvorming, dit niet een specifiek kenmerk is. Gehuwde vrouwen, met Ik-zwakke en infantiele persoonlijkheidsstructuur, die met andere ziektebeelden waren opgenomen, onderhielden eenzelfde huwelijksrelatie.

Tenslotte hebben wij – speurend naar overeenkomsten en verschillen – nagegaan hoelang de partners gehuwd waren c.q. samenwoonden, hoe groot de tijdsduur was tussen laatste bevalling en opname, alsmede hoe groot het gemiddelde kindertal in beide groepen was.

Deze gegevens zijn bijeengebracht in *tabel 5*.

Tabel 5:

	puerperale syndromen	Ik-zwakke groep zonder puerperale syndromen
gemiddelde tijdsduur van samenwonen in jaren	4,1	5,3
gemiddeld aantal kinderen	1,2	0,9
gemiddelde tijdsduur tussen laatste bevalling en opname in dagen	35	822

Temidden van de vele overeenkomsten tussen de twee vergeleken groepen vrouwen viel als enig duidelijk verschil te onderkennen de tijdsduur tussen de laatste bevalling en het moment van de ziekenhuisopname. In de groep vrouwen zonder puerperale syndromen waren gemiddeld ruim twee jaar verstreken tussen de laatste bevalling en de ziekenhuisopname. Van de groep vrouwen met puerperale syndromen bedroeg deze periode gemiddeld 35 dagen. Van deze laatste groep vrouwen is tevens bekend dat de klachten zich reeds enige dagen na de bevalling manifesteerden. Bij één vrouw begonnen de klachten ongeveer één maand voor de bevalling. Eén patiënte werd opgenomen met een recidief van de puerperale psychose na de geboorte van het tweede kind. Twee vrouwen uit de andere groep hadden geen kinderen.

Uit de bestudering van de ziektegeschiedenissen van de groep vrouwen zonder puerperale syndromen bleek, dat een aantal van hen in aansluiting van de bevalling reeds eerder was opgenomen geweest met een puerperaal syndroom. Tevens bleek dat bij sommige vrouwen getwijfeld was over de diagnose. Wanneer de opname zou hebben plaatsgevonden kort na de bevalling dan had men aan de diagnose puerperaal syndroom de voorkeur gegeven.

Beschouwing

Een frequent voorkomende uitingsvorm van puerperale psychose is het amentieële beeld, dat enige dagen na de bevalling kan ontstaan. De persoonlijkheidsstructuur van deze patiënten kenmerkt zich door infantiele en psychasthene eigenschappen, terwijl er tevens een sterke afhankelijkheidsrelatie bestaat tegenover de ouders en met name de moeder.

Het is te begrijpen dat de vrouw in heviger mate dan de man de geboorte van het eerste kind als een ingrijpende verandering van haar levenssituatie beleeft. Eveneens is het te begrijpen dat, wanneer ten gevolge van een te sterke binding aan de ouders, onvoldoende ontplooiing van de persoonlijkheidsstructuur heeft kunnen plaatsvinden, de moeder-dochter relatie in de periode van zwangerschap en na de bevalling zeer nauw wordt aangehaald. De moeder is bezorgd over het feit dat zij haar dochter in onvoldoende mate heeft kunnen voorbereiden op haar taak als moeder; de dochter voelt dat zij het niet aankan zonder de onmiddellijke nabijheid van haar moeder. Het ligt bovendien in de lijn der verwachtingen dat een vrouw die in een dergelijke extreme afhankelijkheidsrelatie is opgegroeid tot een neurotische partnerkeuze kan komen.

Ondanks de vele publikaties die gewijd zijn aan puerperale syndromen is het tot nu toe niet mogelijk gebleken dit ziektebeeld zodanig te typeren dat men een specifieke uitingsvorm en een oorzakelijk factorencomplex voor ogen heeft. Hoewel deze studies voornamelijk vanuit individueel en lineair verband werden beschouwd, heeft ook een relationele beschouwingwijze niet kunnen bijdragen tot verhoging van de specificiteit. De door ons verzamelde gegevens doen het vermoeden rijzen dat vanuit een relationeel kader bezien, een puerperaal syndroom kan worden beschouwd als een reactie op kluwenvorming in de huwelijksrelatie, waarbij de geboorte van veelal het eerste kind als luxerende factor is opgetreden. Doch ook andere vrouwen, met Ik-zwakke en infantiele persoonlijkheidsstructuur, die gehuwd waren met partners met een overeenkomstige persoonlijkheidsstructuur, vertoonden dezelfde reacties op kluwenvorming in hun huwelijksrelatie als in de eerste groep werd aangetroffen, echter in aansluiting aan andere luxerende factoren. Nader onderzoek met nauwkeurig samengestelde controlegroepen van gehuwde patiënten en partners zal moeten uitwijzen of ons vermoeden kan worden bevestigd dat de reactie op ambivalente kluwenvorming van twee Ik-zwakke en infantiele personen kan worden beschouwd als een éénduidig omschreven syndroom. In dit licht bezien zou een puerperale psychose kunnen worden beschouwd als één van de uitingsvormen van een syndroom dat zou kunnen worden omschreven als 'kluwenreactiesyndroom', waarbij als luxerend moment de geboorte van een kind zou kunnen worden aangemerkt. Ook de andere beelden uit de groep vrouwen met Ik-zwakke en infantiele persoonlijkheidsstructuur zouden hieronder kunnen worden gerangschikt, waarbij als enig verschilpunt een ander luxerend moment kan worden aangemerkt.

Dit andere perspectief is niet alleen diagnostisch van belang. Van veel groter waarde is het feit, dat hierdoor andere therapeutische mogelijkheden kunnen worden aangedragen. Naast de ons tot nu toe ter beschikking staande symptomatische en medicamenteuze mogelijkheden, zoals het tijdelijk inperken van angstverwekkende stimuli en het toedienen van neuroleptica met antipsychotische werking, kunnen ook op het relationele aspect gerichte doelstellingen worden geformuleerd.

Wanneer wij ervan uitgaan dat beide partners onvoldoende mogelijkheden hadden om ten aanzien van elkaar en hun pas geboren kind bevredigende relaties aan te gaan, kunnen wij de volgende therapeutische doelstelling formuleren: Gelegenheid geven tot uitbreiding van het beschikbare gedragsrepertoire in de voor de gezinsleden bestaande gezinssituatie.

Hiervan kan een aantal meer concrete doelstellingen worden afgeleid, zoals:

1 – *Het creëren van basisveiligheid.* Deze doelstelling is geenszins beperkt tot de hier genoemde toestandsbeelden. In alle gevallen waarbij men mensen de gelegenheid wil geven om een nieuw gedragsrepertoire te beproeven, kan men slechts resultaat verwachten, wanneer zij zich veilig voelen om hun tot nu toe vertrouwde reactiepatroon te laten vallen. Aangezien beide partners zijn vastgelopen in hun relatiepatroon zal aan beiden op gelijkwaardige wijze deze basisveiligheid moeten worden geboden. Vooral de moeder, doch ook de vader, krijgen bijvoorbeeld de gelegenheid begeleiding te ontvangen bij het leren omgaan met hun kind.

2 – *Gelegenheid geven tot individuatie.* Uitwerking van deze doelstelling houdt een steunende en Ik-versterkende wijze van benadering in van beide partners afzonderlijk.

3 – *Gelegenheid geven tot differentiatie.* Dit houdt in dat men in samenspraak met beide partners een proces van differentiatie kan stimuleren.

Het ten uitvoer brengen van deze doelstellingen vergt een nauwkeurig op elkaar afstemmen van activiteiten van o.a. behandelend arts, verpleegkundige en maatschappelijk werker.

Tijdens de psychotische fase zal bij de behandeling van de vrouw de nadruk moeten liggen op het gelegenheid geven om tot rust te komen door angstgevoelens te bestrijden. Er is veel tijd en geduld nodig om een gevoel van veiligheid en vertrouwdheid te laten ontwikkelen. Pas daarna kan men aandacht schenken aan een steunende en Ik-versterkende benaderingswijze.

Vooral tijdens de eerste fase van de behandeling, wanneer de vrouw nog psychotisch is, kan het gemakkelijk voorkomen dat men de aandacht concentreert op de vrouw en de echtgenoot inschakelt als een bron van informatie voor het verzamelen van hetero-anamnestiche gegevens. Hoewel dit uiteraard ook onmisbaar is, houdt deze opstelling in, dat men onuitgesproken een visie overbrengt, waarin de vrouw als patiënt wordt beschouwd terwijl men anderen, zoals echtgenoot en ouders, beziet als mensen, die het de patiënt moeilijk hebben gemaakt en derhalve ook in hoofdzaak verant-

woordelijk kunnen worden gesteld voor medewerking bij het herstel van de patiënt. Door het inbouwen van deze ongelijkwaardigheid ten aanzien van beide partners wordt de behandeling van hun relationele problematiek ernstig belemmerd. Bezien door een relationele bril is het gewenst ervan uit te gaan dat beide partners niet in staat zijn geweest zich te ontworstelen aan het relatiepatroon, waarin zij verstrikt zijn geraakt, zodat uiteindelijk ieder op eigen wijze zich gewonnen moest geven. Aan beiden moet derhalve de gelegenheid worden geboden om een ander relatiepatroon op te bouwen. Op grond hiervan zijn regelmatige en frequente gesprekken met de echtgenoot reeds vanaf het begin van de opname gewenst. Het gelegenheid geven tot differentiatie is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Naar mijn mening bepaalt de mate waarin dit proces op gang kan worden gebracht het resultaat van de behandeling op langere termijn bezien. Deze fase van de behandeling is voor beide partners moeizaam en belastend. Steeds zal de therapeut de draagkracht van beide partners moeten afschatten. In de praktijk blijkt dat dit onderdeel van de behandeling slechts dan met succes kan worden bekroond, wanneer de therapeut in staat blijkt te zijn genoeg te nemen met en zich kan aanpassen aan het trage tempo waarmee dit proces op gang komt en verloopt. Aangezien het uitgangspunt van dit onderdeel van de behandeling een gelijkwaardigheid in de positie van beide partners inhoudt, valt het te begrijpen dat de periode van de ziekenhuisopname hiervoor minder geschikt is. De patiënt die opgenomen is, neemt, zoals hiervoor is uiteengezet, een geheel andere positie in dan de niet-klinisch behandelde partner. De klinische fase kan naar mijn mening wat betreft de laatste fase van de behandeling dienen om beide partners te motiveren om na het ontslag van patiënte gezamenlijk aandacht te besteden aan het ontwikkelen van dialoogvorming.

Helaas is het thans nog niet mogelijk de resultaten te vermelden van het hiervoor geschetste behandelingsplan. Onderzoek in deze richting is nog gaande, zodat wij verwachten op een later tijdstip over meer gegevens hieromtrent te kunnen beschikken. Onze eerste indruk is dat een bevredigende behandeling een moeizaam proces is.

Voorts zijn wij van mening dat, wanneer het behandelingsteam erin slaagt beide partners door de acute fase heen te begeleiden, zij nog geruime tijd, d.w.z. meer dan een jaar, nodig hebben, om het op gang gebrachte proces van dialoogvorming te consolideren. Wij hebben de overtuiging gekregen dat vervolmaking van het behandelingsplan zeer de moeite waard is.

Literatuur

- Jansson, B. (1963), *Psychic insufficiencies associated with childbearing. Acta Psych. Scand. Suppl. 172* (ad vol. 39).
- Karpel, M. (1976), *Individuation: From Fusion to Dialogue. Family Process*, vol. 15: 65-82.

- Selvini-Pallazoli M., Boscoli L., Cecchin G., Prata G., (1976), Het gezin van de anorexiepatiënt en het gezin van de schizofreen. Een transactionele studie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2: 53-61.
- Selvini-Pallazoli, M. (1974), *Self-starvation*. From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. Chanser Publ. Comp., London.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1971), *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.