

De betekenis voor life-events in de anamnese en in het bijzonder het verlies van een ouder tijdens de puberteit

door A.J. Beekman en W.F. Maillette de Buy
Wenniger

Samenvatting

Wij beschrijven onze ervaring met in de kliniek opgenomen patiënten, waarbij bepaalde gegevens uit de biografie verkregen pas begrepen kunnen worden in een gesprek met het gezin van oorsprong. Wij beperken ons in dit artikel tot de betekenis van het verlies van een ouder tijdens de puberteit of vroege adolescentie en de mogelijkheid tot rouwen.

Aan de hand van twee gevalbeschrijvingen en relevante literatuur worden beschreven:

1. Kenmerken van een gezin, die wijzen op een gestagneerde rouw.
2. Her verband tussen verlies in de puberteit en een psychiatrische stoornis op latere leeftijd.
3. De hieruit voortvloeiende behandelingsmogelijkheden.

De conclusies zijn:

- a. Een rechtstreeks verband is nooit met zekerheid vast te stellen.
- b. Bij gestoorde rouw, vooral als het verlies in de puberteit plaatsvond, kan een explorerend gezinsgesprek zinvol zijn en zelfs voorwaarde voor het aangaan van een behandelrelatie.

Inleiding

Sinds 1 januari 1987 vinden in de Valeriuskliniek van alle opgenomen patiënten in de eerste 10 dagen na opname zogenaamde systeem-intake-gesprekken (SIG's) plaats. Hierbij wordt familieleden of bij de patiënt betrokken personen gevraagd hun visie te geven over de oorzaak van en aanleiding tot de opname. Doel en functie van deze SIG's werden elders nader uiteengezet (Wenniger 1987). Eén van de ervaringen hiermee opgedaan willen wij in dit artikel bespreken: Ons is gebleken, dat de betekenis van bepaalde gegevens uit de biografie verkregen, en met name zogenaamde life-events, in een gesprek met het gezin van de patiënt beter begrepen kunnen worden. In dit artikel willen wij ons beperken tot de betekenis van het verlies van een ouder tijdens de puberteit of vroege adolescentie, en de mogelijkheid hierover te rouwen. Hierbij gaat het om de volgende vragen:

1. Wat zijn kenmerken van het gezin, die de therapeut op het spoor

kunnen brengen van stagnatie in de rouw over het verlies? Wij zullen deze vraag bespreken aan de hand van onze ervaringen.

2. In hoeverre wordt de psychiatrische stoornis gedetermineerd door het verlies (in de puberteit)? Hierbij besteden wij aandacht aan de voor deze vraag relevante literatuur.
3. Welke behandel mogelijkheden biedt de hieruit verkregen informatie? Onze conclusies en aanbevelingen worden in het laatste deel van dit artikel geformuleerd.

Eigen bevindingen

Sinds wij consequent met SIG's werken zijn wij in korte tijd geconfronteerd met een aantal patiënten, waarbij in de puberteit één ouder of een belangrijk gezinslid was overleden. Het heeft ons verrast, hoewel dit overlijden nog als een actuele gebeurtenis beleefd werd.

Temeer als het verlies meerdere jaren ervoor had plaatsgevonden. Bij de betrokken patiënten stond het niet kunnen aangaan van stabiele relaties buiten het gezin van herkomst op de voorgrond. Eerdere contacten met hulpverleners hadden geen behandelrelaties opgeleverd.

Geval A

A. is een 20-jarige alleenstaande vrouw, die wordt opgenomen op aandringen van familieleden wegens een paranoïsch toestandsbeeld met zwerven door de stad en zelfverwaarlozing. Zij is de jongste uit een gezin van 5 kinderen. Sinds 2 jaar woont zij alleen. De laatste maanden voor opname is zij vrijwel steeds zonder werk geweest, heeft van de bijstand geleefd en de dagen veelal zwerfend doorgebracht. Voordien heeft zij zonder succes verschillende opleidingen geprobeerd en had zij enkele baantjes bij een uitzendbureau. De familie vertelt hoe patiënte zich de laatste jaren in toenemende mate geïsoleerd heeft. Eerdere pogingen van de familie om ambulante behandelcontacten voor patiënte te realiseren waren door haar afgewezen.

In de voorbespreking van het systeem-intake-gesprek kon de behandelend arts-assistent geen recente aanleiding voor de decompensatie noemen. Hij kon 'slechts' wijzen op het overlijden van patiëntes moeder, 6 jaar tevoren, dus toen patiënte 14 jaar oud was. De gespreksleider kon moeilijk geloven dat dit de oorzaak van, dan wel de aanleiding tot de decompensatie kon zijn. Op de vraag aan de gezinsleden wat naar hun mening de reden was dat patiënte moest worden opgenomen, sprak de vader: 'Haar moeder is overleden'. Omslachtig maar geëmotioneerd werd verteld, hoe patiëntes moeder ziek was geworden. Niemand en zij het minst had de ernst hiervan onderkend. Onverwachts was zij veel zieker geworden, opgenomen in het ziekenhuis en overleden.

Opvallend was hoe het gezin bij elkaar zat, alsof de klok was stilge-

zet na het overlijden van de moeder. Bij navraag bleek hoe de afzonderlijke gezinsleden wel ieder hun eigen leven leidden maar dit slechts schoorvoetend en met schaamte konden toegeven. Vader had desgevraagd een vriendin bij wie hij zo nu en dan logeerde, terwijl de kinderen aangaven dat hij al jaren bij haar woonde. De op één na oudste zoon, 25 jaar oud, bleek nog in het ouderlijk huis te wonen, officieel bij vader in huis, maar in werkelijkheid al jaren min of meer samenwonend met een vriendin. Ook de andere kinderen waren wel ieder hun eigen weg gegaan maar in het gesprek was het moeilijk hier zicht op te krijgen. Wij concludeerden dat buiten het gezin wel enige ontwikkelingen waren toegestaan, maar er in het gezin niets mocht veranderen vanwege een gestagneerde rouw. En patiënte had nog het minst de kans gehad het verlies van moeder te verwerken. Bij het bespreken van het verdriet over het verlies en het nagaan van wie voor wie het meest tot steun was geweest, kwam veel oud zeer naar boven. Patiënte bleek volkomen alleen te hebben gestaan, terwijl de andere gezinsleden hun troost bij elkaar en buiten het gezin hadden gevonden. Hoewel patiënte voorafgaand aan het gezinsgesprek steeds had aangedrongen op onmiddellijk ontslag, kon zij zich na het gesprek bij ons laten behandelen.

In dit geval is de moeder overleden, zelfs al 6 jaar eerder. Patiënte had zich in de tijd erna volgend 'sterk' getoond en was anderen in het verlies tot steun. Nadat zij een begin had gemaakt met een zelfstandig bestaan, was zij langzamerhand vastgelopen. Pas tijdens het gezinsgesprek werd ons de volle betekenis van de dood van moeder duidelijk.

In 1985 beschreef Parkes de verschijningsvormen van niet normaal verlopende rouwprocessen voor het individu. Hij noemde onder andere de *uitgestelde* rouw, waarbij zich pas na een aantal maanden of jaren vrij onverwacht heftige emotionele reacties kunnen voordoen, die soms wel maar soms ook niet als een – uitgesteld – rouwproces worden herkend. Ook in een gezin kan het verlies van een gezinslid soms niet of slechts ten dele worden verwerkt. De volgende kenmerken kunnen naar onze ervaring op een onvoltooide rouw wijzen.

1. *De klok is stilgezet*

Gevraagd hoe lang geleden het verlies heeft plaatsgevonden, ontstaat er onenigheid over de datum, over het tijdstip, over de jaren. Ook over andere belangrijke data voor het gezin blijkt men niet tot overeenstemming te kunnen komen. De gezinskalender is in de war. De tijdsbeleving is veranderd. Ook het uiterlijk en de zelfverzorging van de gezinsleden kunnen uitdrukken, dat deze zich naar buiten toe niet kunnen of mogen ontwikkelen.

2. *Objectrelaties buiten het gezin zijn 'verboden'*

Activiteiten en contacten van de gezinsleden buiten het oorspronkelijke gezin worden óf niet aangegaan, óf verzwegen. Bemoeienis van aangetrouwde familie en vrienden wordt afgehouden. Ook de behandelaar heeft moeite toegang tot het gezin te krijgen.

3. De gezinsposities zijn gestold

Als de gezinsleden bij elkaar zijn, doen ze hun best om hun oude rol te vervullen. De door het verlies ontstane noodzaak tot verandering van de onderlinge relaties wordt ontkend. De door de overledene achtergelaten lege plaats blijft zichtbaar. Het voor de hand liggende 'opschuiven in de hiërarchie', het delen van taken en rechten van de overledenen kan niet plaatsvinden.

Geval B

B. is een 27-jarige man, die wordt opgenomen met een paranoïsch hallucinatoir toestandsbeeld na een lange geschiedenis van zwerven en toenemende zelfverwaarlozing. Hij is de jongste van 2 broers. Tot 5 jaar voor de opname heeft patiënt zelfstandig gewoond en werk gehad op MTS-niveau. Hij is toen een half jaar op reis gegaan en keerde terug in psychotische toestand. De GG en GD stelde als diagnose een schizofrene stoornis, gedesorganiseerd type. Patiënt heeft daarna weer een woning gevonden en werk, maar beneden zijn niveau. 1½ jaar na opname verloor hij zijn werk na een conflict met de werkgever en ging zwerven. Hierbij raakte hij ook zijn woning kwijt. Zijn gedrag zou gekenmerkt zijn door hasjgebruik, parasiteren, een dreigende houding en voornamelijk verbale agressiviteit. De familie heeft jarenlang geprobeerd de patiënt op te vangen en een vast hulpverleningscontact te realiseren, doch dit bleef zonder resultaat.

In het systeem-intake-gesprek waren aanwezig: de vader en broer van patiënt en een tante en een oom, die veel voor patiënt hadden gedaan in de jaren ervoor. Vader vertelt hoe de problemen van zijn zoon zijn terug te voeren tot de tijd, dat hij gescheiden is. Vader is geëmotioneerd als de scheiding ter sprake komt. Patiënt was 12 jaar, toen vader ergens anders ging wonen. De kinderen bleven in eerste instantie bij moeder. Na enige tijd ging de oudste bij vader wonen terwijl patiënt bij zijn moeder bleef. Hij kreeg echter problemen op school, werd steeds meer gespannen en kwam onder behandeling van een MOB. Patiënt maakte zijn opleiding af en vond werk. Alles leek dus goed te gaan, totdat moeder overleed. Patiënt was 21. Daarna ging alles in toenemende mate mis. 2 jaar later had hij slechts schulden, geen werk en geen huis meer over. Hij ging op reis en kwam psychotisch terug. Het was toen dat hij door de GG en GD voor het eerst gezien is. Vader beschrijft hoe hij dit uit de verte wel zag gebeuren, maar niet in staat was in te grijpen. Hij verbaast zich erover dat beide zoons problemen hebben in contacten met vrouwen, terwijl hijzelf tientallen vriendinnen heeft.

Onze conclusie was dat het gezin nooit over de *scheiding* was heen gekomen: vader kon geen vaste relaties meer aangaan en zijn zoons evenmin. De individuele ontwikkelingen op de andere levensterreinen waren redelijk verlopen. Toen moeder overleed en daarmee de re-

laties in het gezin opnieuw ingrijpend moesten worden aangepast, was niemand daartoe in staat. Patiënt kwam geheel alleen te staan. De betekenis van de dood van moeder werd pas duidelijk in het licht van de scheiding, die daaraan voorafgegaan was.

In de SIG kon het schuldgevoel in verband met de scheiding worden besproken. De hieruit voortvloeiende onmacht van de gezinsleden om iets voor elkaar te betekenen kon worden benoemd. Opeens bleek het mogelijk om afspraken te maken zowel met de patiënt als zijn vader en broer. Er ontstond een behandelrelatie. Hierna bleek het mogelijk om het antisociale gedrag van patiënt binnen de perken te krijgen. De vader was in toenemende mate in staat zich als een vader ten opzichte van zijn zoon op te stellen en hem positief te benaderen, maar ook grenzen te stellen.

In het voorgaande hebben wij beschreven hoe het in het contact met het gezin mogelijk wordt de draad op te pakken bij de gebeurtenis, die aanleiding was tot een stagnatie in de normale ontwikkeling van het gezin en van de puber-adolescent. Hiermee wordt het mogelijk een individuele behandelrelatie tot stand te brengen en zicht te krijgen op de individuele problematiek. De ontwikkeling komt dus weer op gang: contacten worden weer mogelijk (waarvan de behandelrelatie er één is), zelfverzorging, werk en hobby's krijgen weer een kans. Desondanks is het niet zeker, dat daarmee ook het verwachte niveau wordt gehaald. Bij geen van beide besproken patiënten was dit het geval, toen zij de kliniek verlieten. Bij andere patiënten hadden wij overeenkomstige ervaringen.

De vignetten illustreren onze ervaring met een aantal relatief jonge patiënten, die in onze kliniek werden opgenomen met uiteenlopende psychiatrische toestandsbeelden, zonder dat er een duidelijke aanleiding voor de decompensatie leek te bestaan. Opvallend was de moeilijkheid een individueel (behandel)contact aan te gaan. Dit bleek overeen te komen met twee meer algemene kenmerken van deze patiënten: 1. De afwezigheid van stabiele objectrelaties buiten het oorspronkelijk gezin. 2. Het niet in staat zijn de opgaande lijn in opleiding, werk en wonen, vast te houden.

Een inventariserend gesprek met het gezin van oorsprong leverde zowel diagnostisch als therapeutisch nieuwe perspectieven op. In de gezinnen bleek het verlies van een belangrijk gezinslid geleid te hebben tot een stilzetten van de tijd. Dit werd pas zichtbaar, ook voor de gezinsleden zelf, toen de gezinsleden weer waren samengebracht en geconfronteerd met het probleem van het 'zieke' gezinslid. De ontwikkeling, die ieder gezinslid wel had doorgemaakt, werd tegenover andere gezinsleden slechts met veel schuld en schaamte toegegeven. Het is onze ervaring, dat het voor de therapeut niet gemakkelijk is het gezin over een periode te laten praten, die al zolang geleden is, terwijl de actuele nood zo hoog is. Laat staan dat de therapeut kan aanvaarden,

dat wat hem verteld wordt, ook wezenlijk de kern van de problematiek van het gezin raakt. (Zie beschrijving geval A.) Het bespreken van de gestagneerde rouw bleek voor alle gezinsleden bevrijdend te zijn. Het bood ruimte aan nieuwe ontwikkelingen. De patiënt had hier relatief het minst baat bij. Er waren geen aanwijzingen dat het gezin of één van de gezinsleden de patiënt een eigen ontwikkeling niet kon toestaan of onmogelijk maakte. In tegendeel: wij zagen dat de gezinsleden elkaar meer tot steun werden, en dit gold ook voor de patiënt. Terwijl de patiënt zelf zich meer openstelde voor het contact met anderen, onder andere de behandelaars, bleek van volledig 'oplossen' van de psychiatrische problematiek geen sprake te zijn.

De mogelijkheid tot rouwen en het hierdoor verminderen van de onbewuste schuldgevoelens, die nieuwe ontwikkelingen in de weg staan, leidt zo tot ontplooiing van ieder afzonderlijk gezinslid, ook van de patiënt. De patiënt is vrij een individueel (behandel)contact aan te gaan. De behandelaar krijgt toegang tot de individuele psychodynamiek met de daaraan gekoppelde beperkingen. Pas dan kan duidelijk worden, in hoeverre het psychiatrisch toestandsbeeld wordt gedetermineerd door het verlies van de ouder in de puberteit en of de puberteitsontwikkeling weer in beweging kan komen. Wij zagen bij onze patiënten dat de doorgemaakte regressie en ontwikkelingsachterstand na het verlies niet geheel ongedaan kon worden gemaakt. De vraag is in hoeverre het verlies van de ouder heeft ingewerkt op een al eerder bestaande kwetsbaarheid van de nog niet uitgegroeide persoonlijkheid. * Dit brengt ons bij het tweede deel van dit artikel waarin we een aantal bevindingen van anderen beschrijven, die voor ons onderwerp van belang zijn.

Bespreking relevante literatuur

Harris en Brown (1985) benadrukken de bevinding dat voor een goede inschatting van de draagwijdte van een bepaalde gebeurtenis, meerdere factoren vanuit verschillende gezichtspunten moeten worden beoordeeld. Dit geldt a fortiori voor het verlies van een ouder in de (vroeg) kinderjaren (o.a. Nagera 1970). Murray Parkes (1985) stelt vast, dat de betekenis van het verlies van een gezinslid niet alleen afhangt van diens rol, maar samenhangt met de leeftijd van het betreffende kind en vooral de mogelijkheid tot rouwen van dit kind. Hoe langer geleden het verlies plaatsvond des te moeilijker is het belang hiervan vast te stellen. Dit geldt voor de behandelaren, maar ook voor de patiënt. De-

* Blijft nog de vraag in hoeverre een achterstand in de ontwikkeling op een later tijdstip kan worden ingehaald. M.a.w. in hoeverre is groei nog mogelijk na uitschakeling van het trauma. Als de persoonlijkheid zich tot het moment van de stagnatie optimaal ontwikkeld zou hebben, zou dan een 'avondschoon' kunnen bieden?

ze is zich vaak niet bewust van de betekenis, die het verlies voor zijn ontwikkeling heeft gehad. Daarbij past de bevinding, dat psychiatrische stoornissen vaak pas jaren na het verlies van een ouder optreden: de periode tussen de dood van de ouder en het optreden van symptomen is vaak 5 of meer jaren (Rutter 1966; Black 1978). Het is duidelijk dat het leggen van een eventueel verband hierdoor wordt bemoeilijkt. Laajus concludeert in 1984 in een overzichtartikel betreffende het effect van het verlies van een ouder op de ontwikkeling van kinderen, dat een eenduidige uitleg van de etiologische betekenis niet te geven is.

Verschillen in opzet, in gedefinieerde groepen en in theoretische kaders maken het moeilijk om studies te vergelijken. Alleen al de definiëring van een 'belangrijk verlies' is moeilijk (Harris en Brown 1985). Nagera (1970) beschrijft hoe de verwerking van een verlies voor een kind gezien moet worden in het licht van zijn of haar ontwikkeling. Hij nuanceert de discussie tussen Bowlby (1960, 1961), die stelt dat kinderen een zelfde rouwproces kunnen doormaken als het rouwproces van volwassenen en onder anderen Helena Deutsch (1937), Anna Freud (1960), Wolfenstein (1966, 1969), die zeggen dat kinderen verliezen op een fundamenteel andere wijze verwerken. Laajus (1984) noemt een aantal factoren, die van belang zijn voor de wijze waarop een kind verlies verwerkt. Hij maakt onderscheid tussen verlies van een ouder door een scheiding of door overlijden. Bij een tijdelijke scheiding is de duur hiervan een belangrijke factor. Wat het kind zelf betreft noemt hij allereerst de leeftijd van het kind. Verder pleit hij ervoor jongens en meisjes apart te onderzoeken, omdat het uitmaakt of zij een ouder van hetzelfde of van een ander geslacht moeten missen. Dit laatste zou voor de verschillende ontwikkelingsfasen ook anders zijn. Voor meisjes jonger dan 11 jaar zou het verlies van de moeder ingrijpender zijn dan het verlies van de vader, terwijl voor meisjes ouder dan 11 het verlies van de vader tot grotere kwetsbaarheid voor een psychiatrische stoornis leidt. Meerdere auteurs, (Munro en Griffiths 1969; Birtchnell 1971 en 1972; Brown e.a. 1977; Brown en Harris 1978) geven aan dat hoe jonger het kind is, als het de ouder moet missen, des te groter de kans wordt op een psychiatrische stoornis. Door Rutter (1977) en Black (1978) wordt beschreven, dat de kans op een psychiatrische stoornis groter is als het kind een ouder verliest van hetzelfde geslacht of als de ouder sterft voor het 5e levensjaar, of juist gedurende de puberteit. Dit komt overeen met wat door o.a. Nagera (1970) en Laufer (1966) wordt gezegd.

Epidemiologisch onderzoek levert echter resultaten op, die hiermee op het eerste gezicht strijdig zijn. Tennant e.a. (1980, 1981, 1982) tonen in een retrospectief onderzoek aan, dat voor alle leeftijdsgroepen een correlatie bestaat tussen separaties en latere psychiatrische stoornissen. Opvallend is hun bevinding dat verliezen geleden tussen het 5e en 10e levensjaar een grotere correlatie vertonen met psychiatrische

stoornissen op latere leeftijd dan verliezen geleden voor het 5e levensjaar en na het 10e. Laajus (1984) wijst erop, dat ervaringen uit de periode tot 5 jaar slecht herinnerd worden, en dus in een retrospectief onderzoek door de onderzochten onvoldoende gerapporteerd worden. Verder zegt hij dat het wegvallen van een ouder minder invloed heeft, wanneer de rol van deze ouder is overgenomen. Bij oudere kinderen zouden er ouder-kindrelaties zijn gegroeid, die niet alleen gedefinieerd zijn door zorg, en daardoor ook niet over te dragen zijn. Hoe jonger het kind is, des te bedreigender het verlies van de ouderlijke zorg. Hoe ouder het kind is, des te meer is de ouder-kindrelatie gedifferentieerd. Voor de uitkomst is het belangrijk in hoeverre de ouderrol nog kan en metterdaad wordt overgenomen.

Het verlies van een ouder in de puberteit kan in combinatie met een aantal andere factoren een rol spelen in het ontstaan van een latere stoornis.

1. Laajus (1984) noemt de verhoogde kwetsbaarheid door eerdere verliezen.

2. Nagera (1970) meent dat ook in de puberteit sprake is van verschillende ontwikkelingsfasen, onder andere tot uiting komend in de rijping van het ego, gebruik van afweermechanismen en de kwaliteit van de objectrelaties.

3. Nagera (1970) benadrukt het probleem dat het moeten missen van de ouder in het rouwen om het verlies van die ouder, en in de verdere ontwikkeling vormt. De aan- of afwezigheid van een (verlangende) ouderfiguur kan dienen als een external ego in het verwerken van het verlies.*

4. De betrekkelijke volwassenheid van de puber kan ertoe leiden, dat zijn behoefte aan steun en grenzen ten tijde, dat hij of zij en het gezin met het verlies van een ouder geconfronteerd wordt, niet herkend wordt. Uiteraard is de kans groot dat de andere gezinsleden hier geen oog voor hebben vanwege hun eigen geabsorbeerd zijn door het verlies. Fry en Trifiletti (1983) schrijven, dat de puber als vervangende ouder voor andere gezinsleden optreedt en hierdoor niet aan zijn of haar eigen rouwverwerking toekomt.

5. Met het oog op de identiteitsontwikkeling en de afwikkeling van de oedipale problematiek werd al gewezen op het belang van het geslacht van de verloren ouder (o.a. Laajus 1984; Nagera 1970).

Wat de aard van de psychiatrische stoornissen betreft kon door Rutter (1966) geen specifieke relatie worden gevonden tussen het verlies

* De mogelijkheid van het gezin als geheel om te rouwen kan op dezelfde wijze beperkt zijn als van het individu. (B.v. door een verhoogde kwetsbaarheid door eerdere verliezen in het gezin.) Grootouders en belangrijke figuren in de gemeenschap, waar het gezin onderdeel van is, bij voorbeeld een dominee of pastor, kunnen hierbij de rol vervullen van de ouderfiguur - external ego, waar Nagera over schrijft.

van een ouder en een van de bekende psychiatrische syndromen. Over het effect van een verlies op de ontwikkeling zijn de auteurs (o.a. Nagera 1970; Murray Parkes 1985; Fulmer 1985) het erover eens, dat de relaties in het gezin en van het gezin met de buitenwereld na het verlies bepalend zijn voor de uitkomst.

Conclusies en aanbevelingen

Voor het aangaan van een behandelrelatie met een patiënt, die in zijn/haar puberteit - vroege adolescentie, een ouder heeft verloren is een explorerend gesprek met het gezin van oorsprong zinvol, en kan zelfs voorwaarde zijn. Afgaande op een aantal kenmerken is het mogelijk een gestagneerd rouwproces in een gezin op te sporen, en de verwerking weer op gang te brengen. Hierdoor ontstaat ruimte voor de verdere ontwikkeling van de patiënt, zodat een zinvolle (individuele) behandeling mogelijk wordt.

Hiermee is echter niet gezegd dat de prognose onverdeeld gunstig is. Een rechtstreeks verband tussen verlies in de puberteit en een psychiatrische stoornis op latere leeftijd is vrijwel nooit met zekerheid vast te stellen. Zowel uit de epidemiologische literatuur als uit de psychoanalytisch georiënteerde literatuur werden door ons hierover studies besproken. Uit onze eigen bevindingen blijkt, dat een verlies een belangrijke bijdrage kan leveren aan een latere psychiatrische stoornis. Maar het verlies bepaalt niet alles. Dit blijkt bij het therapeutisch doorwerken van de gestagneerde rouw. Ook de door de stagnatie verkregen achterstand in de ontwikkeling speelt een rol. Men zou kunnen zeggen dat de psychiatrische stoornis de som is van drie delen: de gestagneerde rouw (1), de opgelopen ontwikkelingsachterstand (2), de persoonlijkheid en levensomstandigheden van de puber op het ogenblik dat het verlies ingrijpt (3).

Ad 1. De gestagneerde rouw kan - ongeacht de leeftijd - in verschillende psychiatrische beelden naar voren komen: depressie, angststoornis, psychose, onverklaarbare lichamelijke klachten, isolement. (Zie Van Tilburg voor een overzicht, 1987.)

Ad 2. Het is onbekend in hoeverre een langdurige stilstand in een ontwikkelingsfase van een kind, puber of jonge adolescent nog kan worden ingehaald c.q. ongedaan gemaakt kan worden.

Ad 3. Op het ogenblik dat het verlies tot stand komt, is de aard van het verlies van belang, evenals de kwetsbaarheid van de puber en de aanwezigheid van externe steun.

Om het belang van ieder aandeel afzonderlijk te kunnen beoordelen is prospectief onderzoek nodig van een groot aantal patiënten en hun gezinnen.

Literatuur

- Birtchnell, J. (1971), Early parent death in relation to size and constitution of sibship. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 47, 250-270.
- Birtchnell, J. (1972), Early parent death and psychiatric diagnosis. *Social Psychiatry*, 7, 202-210.
- Black, D. (1978), The bereaved child. *Journal of Child Psychiatry*, 19, 287-292.
- Bowlby, J. (1960), Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*: 15, 9-52.
- Bowlby, J. (1961), The Adolf Meyer Lecture; Childhood mourning and its implications for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 1961, 481-498.
- Brown, G.W., T. Harris, J.R. Copeland (1977), Depression and Loss. *British Journal of Psychiatry*, 130, 1-18.
- Brown, G., T. Harris (1978), *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Tavistock Publishers, Londen.
- Deutsch, H. (1937), Absence of Grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.
- Freud, A. (1960), Discussion of dr. J. Bowlby's papers. *Psychoanalytic study of the Child*, 15, 53-62.
- Fry, P.S., R.J. Trifiletti (1983), An exploration of the adolescents perspective: Perceptions of major stress dimensions in the single parent family. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 5, 101-110.
- Fulmer (1985), A structural approach to unresolved mourning in single parent family systems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 259-269.
- Harris, T., en G. Brown (1985), Interpreting data in aetiological studies of affective disorder: Some pitfalls and ambiguities. *British Journal of Psychiatry*, 147, 5-15.
- Laajus, S. (1984), *Parental Losses*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 1-12.
- Laufer, M. (1966), Object Loss and mourning during adolescence. *Psychoanalytic study of the Child*, 21, 269-293.
- Munro, A., en A.B. Griffiths (1969), Some psychiatric non-sequels of childhood bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 115, 305-311.
- Nagera, H. (1970), Children's reactions to the death of important objects. *Psychoanalytic Study of the Child*, 25, 360-400.
- Parkes, C.M. (1985), Bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 146, 11-17.
- Rutter, M. (1966), *Children of sick parents*. Oxford University Press, Oxford.
- Rutter, M. (1977), Family factors. In: M. Rutter, L. Herzou (red.), *Child Psychiatry. Modern approaches*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Tennant, C., J. Hurry en P. Bebbington (1980), Parent-child separations during childhood, their relation to adult psychiatric morbidity and to psychiatric referral: preliminary findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 62, 324-331.
- Tennant, C., A. Smith, P. Bebbington en J. Hurry (1981), Parental loss in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 38, 309-314.
- Tennant, C., P. Bebbington en J. Hurry (1982), Social experiences in childhood and adult psychiatric morbidity: a multiple regression analysis. *Psychological Medicine*, 12, 321-327.
- Tilburg, W. van (1987), *Onverwerkte rouw*. Tekst n.a.v. een college gegeven in het kader van het Studium Generale aan de Vrije Universiteit in 1987 over 'Rouwen en rouwgebruiken in Nederland'. In: Afscheid van onze doden, uitgegeven door Kok, Kampen 1988.
- Wolfenstein, M. (1966), How is mourning possible. *Psychoanalytic Quarterly*,

21, 93-123.

Wolfenstein, M. (1969), Loss, rage and repetition. *Psychoanalytic Quarterly*, 24, 432-460.

Wenniger, W.F.M. de B. (1987), *De familie als bondgenoot*. Lezing voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Schrijvers zijn respectievelijk als arts-assistent, in opleiding tot psychiater en als beleidspsychiater, hoofd afdeling opname verbonden aan de Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

Het artikel is geaccepteerd voor publicatie op 14-2-'89.