

Depressie: gezin uit, ziekenhuis in

T.I.OEI

Dames en Heren,

Op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) krijgt de psychiater regelmatig te maken met depressieve patiënten die niet alleen typisch psychopathologische verschijnselen hebben, maar ook problemen in het gezin. Vaak kan een plaatselijke instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) hen in eerste aanleg helpen, soms doet de huisarts of de RIAGG een beroep op de PAAZ. Ook kan het voorkomen dat de patiënt na een suïcidepoging op de afdeling reanimatie wordt opgenomen; de psychiater in consult kan dan tot klinische observatie of poliklinische begeleiding adviseren.

In dit artikel bespreken wij twee patiënten die voor gezinstherapie in aanmerking kwamen; de ene haakte midden in de behandeling af, de andere bleef en de behandeling had succes.

Patiënte A, 35 jaar, werd door de huisarts naar de polikliniek voor psychiatrie verwezen wegens klachten van depressieve aard: initiatiefverlies en apathie gedurende de laatste maanden in aansluiting aan een angina. Haar echtgenoot, 36 jaar, is timmerman en onder controle van de neuroloog wegens recidiverende rugklachten.

Het gezin is afkomstig uit een vrij gesloten buurt van een middelgrote stad. Er zijn drie kinderen: een jongen van 8 jaar en twee meisjes van 6 en 3 jaar. De grootouders zijn overleden. De burens bekommeren zich vaak om de kinderen als er in het gezin weer eens problemen zijn. Vooral de jongen geeft op school regelmatig aanleiding tot moeilijkheden: te laat komen, geen interesse tonen, vaak spijbelen. Onlangs was hij met een paar vriendjes betrapt op „fikkie stoken” in een van de schoollokalen. De vader werd erbij geroepen, maar kon de trammelant niet aan en belandde in de ziektewet. Het jongetje werd voor twee weken van school gestuurd. Ook moeder, juist herstellende van de angina, kon het niet verkroppen en bleef dagen in bed liggen. De kinderen worden vaak bij de buurvrouw uitgenodigd voor de thee, maar eenmaal terug in huis is daar het rumoer niet van de lucht. Vader en moeder reageren er nauwelijks op, omdat zij te zeer in beslag worden genomen door hun eigen problemen. De kinderen gaan dan weer de straat op.

Bij uitgebreid lichamelijk en psychologisch onderzoek blijken de klachten van patiënte A ernstiger te zijn dan ze aanvankelijk aangeeft. De schildklierfunctie is gestoord en er zijn stoornissen in de cognitieve (kennende) functies: het neuropsychologisch onderzoek wijst op inprentings- en geheugenstoornissen van andere aard dan men bij depressie zou verwachten. Bij uitbreiding van de anamnese blijkt dat zij vroeger een wat „drukke” periode heeft doorgeemaakt, waarin zij moeilijk kon slapen, met vreemden aanpakte, stad en land afbelde en vaak onnodige dingen kocht. Haar vroegere huisarts had deze manische periode volgens patiënte als „kraambedgekte” bestempeld. Ook de moeder van patiënte blijkt een gestoord kraambed te hebben gehad met daarna een depressieve fase van enkele maanden.

Na een voorlopige poliklinische inventarisatie van de belangrijkste psychische problemen bracht de maatschappelijk werkster een huisbezoek om te rapporteren over haar waarnemingen van het huiselijk verkeer. Daarbij bracht zij ook een bezoek aan de buurvrouw om haar visie op het reilen en zeilen van het gezin te vernemen.

Wij hadden hier dus te maken met een depressieve vrouw die regelmatig apathisch in bed ligt, terwijl haar *incompetente echtgenoot zelf ook met een zwakke gezondheid sukkel*t, zodat de kinderen volledig aan zichzelf zijn overgelaten. Het oudste kind dreigt zich in criminele richting te ontwikkelen, de andere zoeken vaak hun toevlucht bij de buurvrouw.

Ons beleid was erop gericht het echtpaar en de buurvrouw ervan te overtuigen dat voor patiënte A een psychiatrische opname noodzakelijk was. Opvang voor de kinderen kon worden geregeld. Wij legden uit hoe het met de gezondheidstoestand van de vrouw stond en zowel zij als haar man, geheel ontredderd door de afgelopen periode, reageerde met een opgeluchte glimlach op de voorgestelde opname. De buurvrouw zegde toe haar thee-uurtjes met de kinderen te blijven houden en voor enkele ochtenden per week kwam er hulp van de kruisvereniging. Met de man werden vaste afspraken over deze regelingen gemaakt. Gedurende de opname van de moeder deed de maatschappelijk werkster wekelijks huisbezoek, waarbij zij de buurvrouw bij de beoordeling van de gang van zaken in het gezin betrok. Voor de jongen werd contact gezocht met een hobbyclub in de wijk, om hem een tijdsbesteding te geven.

Patiënte A werd opgenomen en de eerste week, zonder medicamenteuze behandeling geobserveerd. De staf van de afdeling had aanvankelijk de indruk dat

Academisch Ziekenhuis, afd. Klinische en Biologische Psychiatrie, Catharijnesingel 101, 3511 GV Utrecht.
Dr.T.I.Oei, zenuwarts.

haar weinig mankeerde. Zij stond met de andere patiënten op, kleepte zich aan, verzorgde zichzelf en hielp mee met de corvee. Ook bij de activiteitentherapie toonde zij zich een geïnteresseerde vrouw die zich creatief wilde uiten. Als echter haar man en kinderen op bezoek kwamen, was haar houding duidelijk passief en opvallend ongeïnteresseerd. De kinderen gedroegen zich dan nogal luidruchtig, waar de andere patiënten veel commentaar op hadden. Vader bleek daarbij weinig gezag te hebben over de kinderen.

In het verloop van de opname werden bij verder lichamelijk en laboratoriumonderzoek geen afwijkingen van betekenis meer gevonden. Ook herhaald klinisch en neuropsychologisch onderzoek leverden geen nieuwe aanknopingspunten op voor diagnostiek of behandeling. De diagnose personale depressie werd gesteld (= dysthymic disorder", DSM(diagnostic and statistical manual of mental disorders)-III).¹ Deze depressie had aanvankelijk vitale trekken gehad, die vermoedelijk geluxeed waren door een intercurrente lichamelijke ziekte (angina) en mogelijk gemaakt door „life events" (zieke man, gedrag kinderen) en tekort aan sociale steun (geen grootouders, weinig directe steun van echtgenoot, weinig vrienden). Van medicatie werd dan ook afgezien, want er was geen reden om een organische basis voor de geïnteresseerdheid van patiënte aan te nemen.

Allengs was de gebrekkige gezinsinteractie meer gaan opvallen. Dit bracht ons ertoe een psychotherapeutische behandeling voor te stellen. Bij de eerste gesprekken met het gezin viel op dat moeder noch vader enig gezag over de kinderen had. De ongeïnteresseerdheid van de partners was aanleiding ook eens met hen beiden te praten. Daarbij bleek dat zowel de man als de vrouw kennelijk al enige tijd een buiten-echtelijke relatie had, waar ze verder niet over wensten te discussiëren. De patiënte had inmiddels allerlei schuldgevoelens over de kinderen gekregen en vroeg daarom weer naar huis te mogen gaan. Toen wij net waren begonnen om door opdrachten de relatie tussen de kinderen en de ouders wat meer structuur te geven, deelde patiënte ons mee dat zij verder ook afzag van poliklinische voortzetting van de gesprekken. Haar laatste woorden waren: „Ik weet best wel, dokter, dat mijn man anders zou kunnen, maar dat geldt ook voor mij, en dat juist wil ik niet."

Patiënte B, 37 jaar, kwam via de afdeling reanimatie van een algemeen ziekenhuis op de afdeling psychiatrie terecht na een tentamen suïcidii met 60 tabletten diazepam. Ze was in een sombere stemming en duidelijk gedesillusioneerd in haar huidige bestaan. Zij heeft twee kinderen: een jongen van 8 en een meisje van 5 jaar. Haar echtgenoot is boekhouder bij een plaatselijke veiling, een rustige man. Bij het eerste gesprek met het gezin komt hij nauwelijks aan het woord, maar hij heeft duidelijk wel de leiding. De kinderen zien tegen vader op en moeder voelt zich

kennelijk geïsoleerd. Uit de verdere gesprekken wordt duidelijk dat patiënte een actieve jonge vrouw was, die haar huishouden redelijk aankon. Haar man is een ijverige werknemer, die geen minuut te laat op het werk verschijnt, terwijl zij overdag voor de opvoeding van de kinderen zorgt.

Tijdens de gesprekken trekt het meisje de aandacht door voortdurend indringende vragen te stellen. De jongen daarentegen is gereserveerd en geeft slechts antwoord op door moeder of vader gestelde vragen. Dan kijkt hij naar de grond. Het meisje wordt regelmatig door moeder op haar plaats gezet: „Wees nou even rustig." Als het kind vervolgens dezelfde vragen aan haar vader stelt, beantwoordt deze ze zonder meer, daarmee de moeder afvallend. De jongen kijkt sprakeloos naar vader, naar de therapeut, terwijl zijn blik een ingehouden lach maskeert.

De therapeut begint nu de aanwezigen uit te leggen wat er gaande is: De ingehouden, ijverige, overmatig betrokken moeder reageert kennelijk depressief op de overactieve houding van haar dochter, wanneer deze niet op haar dresserende opmerkingen ingaat. Bovendien toont zij dezelfde machteloosheid als het jongetje, dat sprakeloos staat tegenover de kort ingehouden, doch resolute reacties van vader. Vader en dochter hebben elkaar in een coalitie gevonden, waarin de dochter de uitdagende rol vervult, waarop de vader reageert door – vermoedelijk met instemming – vaak een en ander toe te staan.

Uit de verdere verkenning blijkt dat de jongen – vooral door moeder – als het probleemkind wordt beschouwd. Hij luistert niet, is slordig met zijn spullen en trekt zich vaak terug. Zijn zusje, dat de stilte vult met opgewekte verhaaltjes, wordt door de ouders als voorbeeld aangeprezen. Inmiddels wordt duidelijk dat de depressie van de moeder met het thuismilieu samenhangt. Haar toestand wordt stabiel, er zijn geen suïcidale gedachten meer. De stemming klaart op en de eetlust komt weer terug.

Ook bij voortgezet lichamelijk en laboratoriumonderzoek (zoals de dexamethason-suppressietest) komen geen bijzonderheden aan het licht. De diagnose luidt: een eerste decompensatie van een depressie met vitale trekken, met suïcidaal gedrag bij een jonge getrouwde vrouw die te weinig steun krijgt van haar wat afstandelijke man, waardoor zij de opvoeding van de kinderen, ondanks haar overmatige betrokkenheid, niet aankan.

De puur medische diagnostiek en behandeling vonden reeds plaats in de kliniek. Deze fase kon worden afgesloten met de vaststelling dat patiënte niet meer aan een depressie leed. De behandeling was reeds in de richting van gezinspsychotherapie gegaan omdat de gezinsinteracties zo erbarmelijk verliepen dat daaraan voornamelijk de depressie moest worden toegeschreven. De behandeling bestond uit gefaseerde opdrachten, te vergelijken met een drietrapsraket, te weten (a) opdrachten om kinderen en ouders samen iets te laten ondernemen; (b) opdrachten waarbij de

kinderen apart de eigen grenzen en mogelijkheden binnen het gezin konden oefenen en (c) opdrachten die ten doel hadden dat de ouders onderling zouden proberen hun eigen behoeften aan elkaar kenbaar te maken en in praktijk te brengen.

De opdrachten in de eerste fase waren o.a. dat moeder en dochter samen op zaterdagmiddag gingen winkelen, terwijl vader en zoon die middag samen uit vissen gingen. Na enige weken bleek dit ertoe geleid te hebben dat het meisje zich meer kon spiegelen aan de actieve bijdrage van moeder, terwijl de jongen duidelijk werd begeesterd door de sportieve belangstelling van vader. Moeder kon het geschonden zelfgevoel wat opvrijzelen en vader had zijn aangeboren plichtsbefef als ouder in daden weten om te zetten.

In de volgende fase kwamen vooral de interacties tussen de kinderen onderling en de contacten met hun respectievelijke vrienden en vriendinnen aan de orde. De jongen kreeg opdrachten die meer activiteit tegenover zijn vrienden van hem vergden, waarna systematisch met hem werd besproken hoe een en ander was verlopen. Het uitnodigen van zijn vrienden thuis bezorgde hem de sensatie heer en meester te zijn over zijn kamer, zijn speelobjecten e.d. Het meisje werd gezegd dat zij voortaan eerst moest aankloppen bij haar broer, alvorens zijn kamer binnen te gaan, terwijl aan de andere kant de jongen werd gevraagd zich ook te vertonen wanneer zijn zusje haar vriendinnen op visite had. Na verloop van enige weken kon worden vastgesteld dat de onderlinge band tussen de kinderen was toegenomen, terwijl tevens in grotere mate kon worden voldaan aan de eigen autonomie.

In de laatste fase van opdrachten kwam de relatie tussen de ouders aan de orde. De ouders werden gestimuleerd tot gezamenlijke visites bij vrienden en

samen uitgaan (wat ze sinds jaren niet meer deden), bijvoorbeeld naar de film. Zij hadden inmiddels hun individuele behoeften beter tot uitdrukking leren brengen door de oefening die het uitvoeren en bespreken van de opdrachten uit de vorige fasen met zich meebracht, waarin het de contacten tussen ouders en kinderen betrof en die tussen de kinderen onderling. Zowel vader als moeder leerde daardoor meer inhoud te geven aan de eigen gevoelens van welzijn, ontspanning e.d., met alle (positieve) gevolgen voor het gevoel van eigenwaarde en de zelfacceptatie.

Bij patiënte kon in een tiental gesprekken met het gezin voldoende evenwicht bereikt worden tussen de eigen plaats als ouder, en de plaats die de kinderen toekomt. Een jaar later bleek uit een evaluerende nabespreking dat er geen klachten meer waren. Onze patiënte had een eigen clubje vriendinnen gevormd.

Dames en Heren, de lotgevallen van deze twee patiënten laten ons zien hoe psychopathologische verschijnselen vervlochten kunnen zijn met problemen in het gezin, die hun weerslag hebben op de onderlinge omgang der gezinsleden. Het zijn praktijkvoorbeelden die u een indruk kunnen geven van de geïntegreerde behandeling van het gezin van een depressieve moeder.²

LITERATUUR

¹ Ree F van, Koster van Groos GAS. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1982.

² Hendrickx JJP, Oei TI. Depressieve moeders, diagnostiek en gezinsbehandeling. In: Schwanke GDM, red. Groep en systeem. Enkele ervaringen met groepen, gezinnen en grotere systemen. Bergen op Zoom: Nederlandse Vereniging voor Groepspsychotherapie, 1984: 222-35.

Aanvaard op 12 augustus 1985