

HET ONTWIKKELINGSASPECT

IN DE

KINDERPSYCHIATRIE

Rede  
uitgesproken ter gelegenheid  
van haar afscheid als  
hoogleraar in de kinder- en  
jeugdpsychiatrie  
aan de Erasmus Universiteit  
Rotterdam

op  
24 april 1987

door  
Prof. Dr J.A.R. Sanders-Woudstra

Het ontwikkelingsaspect in de Kinder-  
psychiatrie

Mijnheer de Rector Magnificus  
Leden van het College van Bestuur  
Leden van het Ziekenhuisbestuur  
Leden van de Ziekenhuisdirectie  
Leden van de Universitaire Gemeenschap  
Zeer gewaardeerde toehoorders.

Het zal U misschien merkwaardig voorkomen dat ik in dit afscheidscollege een poging wil doen om U uiteen te zetten wat kinderpsychiatrie eigenlijk is. Het is mij namelijk tijdens mijn ambtsperiode gebleken dat er nogal wat verwarring en ook onbegrip over mijn vakgebied bestaat. Dat zal ook gelden voor velen van de hier aanwezigen. Onze clientele varieert in leeftijd van nul tot negentien jaar. Als ik in wat volgt spreek over kinderpsychiatrie bedoel ik daarmee de Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Iedereen kan zich nog wel wat voorstellen bij een vak als Psychiatrie. Gebukt gaan onder de last van het leven, soms gepaard gaande met verlies van de realiteitszin, soms zich vertalend in lichamelijke klachten of zich alleen manifesterend in ernstige relatie- en werkproblemen is duidelijk. Maar kinderpsychiatrie?

Zouden kinderen gebukt kunnen gaan onder de last van het leven? Ze hebben immers geen

plichten en verantwoordelijkheden zoals volwassenen. Er wordt goed voor hen gezorgd op natuurlijk die enkelingen na waar men in de krant over leest of op de t.v. over hoort, kindermishandeling en sexueel misbruik. Die kinderen zullen vermoedelijk voer voor kinderpsychiaters zijn, maar al die anderen? Heeft zo'n vak dan recht van bestaan?

Kinderpsychiatrie behoort tot de kleine vakken in het medisch curriculum. Het behelst een keuzejaar in de opleiding tot psychiater. De opleidingseisen voor dat keuzejaar worden eens in de vijf jaar getoetst, wil men de opleiding behouden. Na een aansluitend jaar kinderpsychiatrie dat eveneens aan bepaalde eisen moet voldoen verwerft men de aantekening "kinderpsychiater". Kinderpsychiaters zijn dus opgeleid tot psychiaters.

Is kinderpsychiatrie dan psychiatrie van volwassenen in zakformaat? Neen, net zo min als kindergeneeskunde inwendige geneeskunde voor kleine volwassenen is. Het is een volstrekt ander vak. Om U dat te schetsen noem ik de 3 principes die aan de kinderpsychiatrie ten grondslag liggen, waarna ik deze verder zal uitwerken.

- 1e. De hersenen zijn de zetel van het psychisch apparaat.
- 2e. Het kind is een zich ontwikkelend organisme.
- 3e. Alles wat in snelle ontwikkeling is, is ook buitengewoon kwetsbaar. Als de nachtvorst over de in bloesem staande boomgaard gaat, is de tuinder in zak en as, want de oogst gaat grotendeels verloren.

Sub 1.

Het principe dat de hersenen de zetel van het psychisch apparaat zijn verbindt de kinderpsychiatrie met de volwassenpsychiatrie.

Verouderende hersenen brengen specifieke problemen met zich mee. Tekort aan sensorische input in het eerste levensjaar heeft gevolgen voor de hersenontwikkeling en dus voor de intellectuele ontwikkeling. Dit heeft op zijn beurt weer invloed op het psychisch functioneren. Een hersentumor kan zowel bij volwassenen als kinderen debuteren met labiliteit of regressief gedrag. Processen in het lichaam kunnen de hersenfuncties aantasten, waarvan het delier voorkomend op volwassen- en kinderleeftijd het prototype is. Denkt U maar aan post-operatieve toestanden of ernstige brandwonden.

Bepaalde kinderpsychiatrische beelden hebben een ernstige tot lichte hersenstoornis als oorzaak zoals, zonder volledig te zijn, zwakzinnigheid, autisme en sommige typen van spraak/taalontwikkelingsstoornissen.

Bekijkt men nu bepaalde hersenaandoeningen in ontwikkelingsperspectief dan is er sprake van bestendiging aangezien de onderliggende oorzaak dezelfde blijft, maar de verschijningsvorm kan veranderen. Als voorbeeld het autisme, waarbij het sociale onvermogen blijft bestaan maar in een kwart van de gevallen de bizarre spraak verdwijnt, met name bij die kinderen die over een normale intelligentie beschikken. Wat betreft de zojuist genoemde taal/spraakontwikkelingsstoornissen is gebleken dat deze leiden tot

lees- en spellingsstoornissen. Dit vormt voor het kind zo een emotionele belasting dat het agressief of depressief kan worden. Nog afgezien van wat een lichte of ernstige hersenbeschadiging voor het kind zelf betekent, moet men bedenken dat het kind niet in isolement leeft. Voor de ouders betekent het krijgen van een gehandicapt kind, in welke vorm dan ook, een chronisch verdriet wat hun onderlinge relatie kan beïnvloeden, maar ook die met hun andere kinderen. Voor de kinderen in het gezin betekent een gehandicapt kind altijd een stressvolle factor, die hen kan sensibiliseren voor pas veel later optredende belastende omstandigheden, zich dan manifesterend in psychische problemen.

#### Sub 2.

Het tweede principe, waardoor kinderpsychiatrie wezenlijk verschilt van de volwassenpsychiatrie, is dat het kind een zich ontwikkelend organisme is. De hulpeloze driftmatige baby moet uitgroeien tot de Homo Sapiens, waarvoor socialisatie een conditio sine qua non is. De bijzonder langdurige afhankelijkheid van het kind van de ouders heeft uitzonderlijke gevolgen voor het al of niet overbrengen van cultuurwaarden, die niet automatisch bij de voortplanting worden doorgegeven, maar geleerd moeten worden. Research heeft onomstotelijk aangetoond hoe groot de invloed van ouder-kindrelaties en van gezinservaringen zijn voor de emotionele en sociale ontwikkeling van kinderen. Een beschermende factor bij het socialisatieproces van kinderen dat met pijn en angst

gepaard gaat - tenslotte betekent iedere nieuwe stap in de kinderontwikkeling het achterlaten van oude en vertrouwde stadia - is een harmonieuze relatie tussen beide ouders.

Een belangrijk element voor succesvol beouderen is gelegen in de gevoeligheid voor de behoeften van de baby en het adequaat reageren op de signalen die hij/zij uitzendt (10). Dat subtiele samenspel tussen moeder en zuigeling legt de basis voor het vertrouwen van het kind in zijn naaste omgeving en vergemakkelijkt daardoor de afstemming van de ouders op het opgroeiende kind. Goede wederkerige ervaringen bij het opgroeien geven kinderen het gevoel waardevol en competent te zijn en verschaft de ouders het vertrouwen om grenzen te durven stellen en consistent te zijn in ge- en verboden. Heftige ruzies tussen de ouders, soms gepaard gaande met afwijzing of verwaarlozing van het kind blijken geassocieerd te zijn met het ontstaan van gedragsstoornissen. Jongens zijn gevoeliger voor ongunstige omgevingsinvloeden dan meisjes. Dit geldt ook voor lichamelijke risicofactoren. Men is van mening dat dit deels het gevolg is van de vertraagde rijping van jongens. Jongens bereiken ook later de puberteit. Deels is er sprake van sociaal bepaalde factoren. Zo is gebleken dat ouders meer ruzieën in aanwezigheid van hun zoons. Jongens zijn ook vaker het doelwit van ouderlijke vijandigheid en geïrriteerdheid. Op stress reageren jongens vaak met brutaal en opstandig gedrag wat weer negatieve reacties bij de ouders oproept. Meisjes reageren meer met huilerig en teruggetrokken

eigenwaarde betekent laat zich alleen maar raden. Hoe de tweede generatie van etnische minderheden zich ontwikkelt zal nader onderzoek moeten worden.

Wat de invloed van de sluiting van kinderklinieken uit bezuinigingsoverwegingen is op de kwaliteit van de zorg c.g. behandeling van de opgenomen patiënten wordt momenteel nader onderzocht.

En gigantisch probleem wat zich nu reeds aftekent is de jeugdwerkloosheid. Een adolescent is toekomstgericht. Werkloosheid heeft invloed op zijn/haar emotionele en sociale ontwikkeling. Het tast de identiteit van de jeugdige aan. Bij langer durende werkloosheid bestaat de kans op het ontstaan van gevoelens van waardeloosheid, van hulpeloosheid en hopeloosheid, de zogevreemde trias van de depressie. Is het gevoel van eigenwaarde al laag of, met andere woorden, is de jeugdige al gesensibiliseerd door vroegere ervaringen, dan zal het niet ingeschakeld worden in het arbeidsproces hem/haar uit zijn nog net in balans zijnde evenwicht stoten. Deze speculatie mijnerzids wordt bevestigd door onderzoeksgegevens (1, 2, 3, 20). Jeugdwerkloosheid creëert psychische problemen. Het is niet zo, wat sommigen menen, dat psychische problematiek tot werkloosheid voert. Er is ook verband aangehouden tussen jeugdwerkloosheid en het uitbreken van een tot nu toe latent gebleven psychische stoornis, terwijl het verloop en de prognose er ongunstig door wordt beïnvloed. Er wordt tevens melding gemaakt van meer drugsgebruik en suicide onder jonge werklozen.

Kinderleeftijd".

### Psychosociale zorg

Wat de psychosociale zorg in het Sophia Kinderziekenhuis betreft moet men zich realiseren dat uit onderzoeken is gebleken dat twee of meer ziekenhuisopnamen voor het vijfde levensjaar blijvende effecten op het intellectueel en psychisch functioneren kunnen hebben. Het is onduidelijk waardoor dit komt, maar het hangt vermoedelijk samen met angst en met veranderingen in de ouder-kind interactie. Het is bekend dat kinderen na een ziekenhuisopname lastiger en claimender worden, wat het gedrag van de ouders in ongunstige zin kan beïnvloeden. Dit werkt op zijn beurt de voortzetting van het gedrag van het kind in de hand. Het is daarom een goede zaak dat de bezoektijden in het Sophia Kinderziekenhuis niet gelimiteerd zijn; dat voor heel kwetsbare kinderen en de allerjongsten rooming-in mogelijk is; dat ouders, als ze dat aan kunnen - aanwezig mogen zijn bij de inleiding tot de narcose en bij het uitslapen na de operatie. Kortom, de psychosociale zorg voor kind en ouders heeft in ons ziekenhuis een hoge vlucht genomen. Wel moet gezegd worden dat het nauwelijks meer te "bemensen" is, wanneer men ondermeer denkt aan de nierdialyse, de endocrinologie, de kinderoncologie, de harttransplantaties bij kinderen en pubers. Dit laatste geeft het kind de levensenergie terug, maar kan, naar gebleken is, voor de ouders toch een psychische belasting betekenen, waarvoor hulp nodig is.

Een grote zorg zijn de pasgeborenen met aangeboren misvormingen, die redelijk te corrigeren zijn, maar waarvoor bij sommigen de prijs een maandenlange opname is. Wat hiervan de gevolgen zijn voor het ontwikkelingsproces moet nader onderzocht om vast te kunnen stellen welke beschermende factoren het risico tot een minimum kunnen beperken. Op de Medisch-Ethische visites, bijgewoond door kinderartsen, kinderchirurgen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, pastores, ouders en kinderpsychiaters wordt men nog indringender geconfronteerd met het feit hoe zeer de medische technologie is voortgeschreden. Dit in letterlijke zin levensreddend handelen kan echter in schril contrast staan met de te voorspellen kwaliteit van het leven voor het kind, de draagkracht van de ouders en de repercussies hiervan op de andere kinderen. Mogen ouders dan het recht hebben om toestemming te weigeren tot operatie wanneer het gaat om een ernstig geestelijk gehandicapte pasgeborene met een congenitaal defect dat op zich niet verenigbaar is met het leven? De ingreep "redt" het kind van de dood, maar veroordeelt het op kortere of langere tijd tot een levenslang verblijf in een zwakzinnigeninrichting. Mogen artsen ouders, die voet bij stuk houden omdat zij hun kind naar een zelfstandige volwassenheid willen begeleiden en het een levenslang inrichtingsleven willen besparen, met de wet in de hand opscheppen met een chronisch verdriet? Bedenk goed dat dit medisch handelen psychische gevolgen heeft voor de ouders en hun andere kinderen, misschien

moeilijk in maat en getal uit te drukken, maar kinderpsychiaters maar al te goed bekend. Ik kan mij mede door het feit dat ik zelf jarenlang werkzaam ben geweest in een inrichting voor jonge zwakzinnigen, vinden in de uitspraak van Metz (9), die na een onderzoek in verschillende inrichtingen stelt dat een ernstig mentaal gebrek erger is dan de dood. Voor veel ouders en ook voor mij is een medische zorg die het leven van een kind redt tegen de prijs van diepe zwakzinnigheid, onaanvaardbaar. Metz schrijft "Een andere, een betere, een waarlijk menselijke geneeskunde behoort de onnozele, deze absente, deze levend-dode te laten verscheiden". En dat is dus in de neonatale periode als er sprake is van een ernstige geestelijke handicap gecombineerd met een aangeboren gebrek dat niet verenigbaar is met het leven. Echter alleen op nadrukkelijk verzoek van de ouders, en na zorgvuldig gecheckt te hebben of hun motivatie stand houdt. Er zijn ook ouders die alle leven, hoe gebrekkig ook, in stand willen houden, hetgeen artsen moeten respecteren tot de grens van zinloos medisch handelen is overschreden.

Ouders veroordelen tot hun kind zoals zojuist uiteengezet, staat weer in schril contrast met het veroordelen van kinderen tot hun ouders. Kinderpsychiaters voelen zich soms als roependen in de woestijn als ze zien hoe volstrekt pedagogisch en affectief onvermogene ouders bijvoorbeeld door drugsverslaving toch voor hun kind mogen blijven zorgen, terwijl duidelijk is dat de in aanleg goede mogelijkheden van het kind absoluut niet tot

ontplooiing gebracht kunnen worden. Wat men hoort verkondigen is dat de band van het bloed zo belangrijk is; dat ouders toch een kans moeten hebben, vooral als ze meedoen aan een afkickprogramma; dat ze nog kunnen groeien in hun ouderschap. Gelukkig begint het inzicht te dagen dat verslaafd zijn en kinderen opvoeden twee tegengestelde grootheden zijn. Dit is aanleiding geworden tot een poging om een sluitend netwerk te creëren door participatie van drugsspecialisten, de Raad voor de Kinderbescherming, verloskundigen, kinderartsen, kinderpsychiaters en kinderrechtters om er voor te zorgen dat de kinderen beschermd worden tegen vaak goedwillende doch onvermogenende ouders. Het is daarom vreugdevol te kunnen vermelden dat het door het Ministerie van W.V.C. gesubsidieerde samenwerkingsverband tussen de Therapeutische Gezinsverpleging en de Stichting voor het (zeer) Jonge Kind voor de opvang van baby's van drugsverslaafde moeders van start is gegaan. Een tehuisplaatsing kan zo vermeden worden.

#### Preventie, predictie en interventie op jonge leeftijd

Het zal inmiddels duidelijk zijn dat hersenaandoeningen en psychosociale mechanismen belangrijke gevolgen hebben voor het zich ontwikkelende kind. Aan de preventie van psychische problematiek is in de afgelopen jaren vooruitgang geboekt ondermeer door de prenatale diagnostiek en zwangerschapsonderbreking. Er zijn sterk verbeterde condities in kinderziekenhuizen ontstaan. Een meer

adequate voorbereiding op het ouderschap zou vruchten afwerpen, maar de kennis ontbreekt hoe dat te doen, mede omdat onbewuste mechanismen daarbij een grote rol spelen. Het zou verder wenselijk zijn kinderen beter te leren omgaan met de psychiatrische ziekte of ernstige lichamelijke handicap van een van hun ouders. Het is echter al winst als men zou inzien hoe groot de invloed daarvan op de kinderlijke ontwikkeling is.

Het gebied van de preventie is vol beloftes, maar er blijft een kloof bestaan tussen beloftes en de kille realiteit (12). Als de preventie dan nog niet zoveel resultaten heeft geboekt, hoe staat het dan met de predictie en de interventie?

Uit een Engels epidemiologisch onderzoek (15) komt naar voren dat van de driejarige kinderen met gedragsstoornissen 62% die op achtjarige leeftijd nog steeds heeft, terwijl slechts 14% geen problemen meer heeft. Een disharmonieus huwelijk op de leeftijd van drie jaar voorspelt een stoornis bij het kind in de volgende vijf jaar. Is de stoornis eenmaal ontstaan, of dat nu een gedragsstoornis, ernstige inslaap- of doorslaapstoornissen of angsten zijn, dan gaan zichzelf onderhoudende mechanismen een rol spelen. Ouders voelen zich wanhopig en machteloos, voelen zich niet gesteund door hun partner, alterneren tussen straffend en verwennend gedrag. Het kind weet niet waar het aan toe is, test de grenzen uit en gaat zich meer en meer onveilig voelen. Een scheiding is ook geen gelukkige oplossing, omdat dat weer nieuwe problemen met zich meebrengt.

Het zal inmiddels duidelijk zijn dat als we

het hebben over kleine kinderen, dat dat nog niet betekent dat er ook sprake is van kleine problemen waar het kind wel overheen zal groeien. De late effecten kunnen veel ernstiger zijn dan men vermoedt. Dit betekent dat men bij aanmeldingen bij een instelling van de Geestelijke Gezondheidszorg jonge kinderen voorrang moet verlenen om tijdig in te kunnen grijpen in het bedreigde socialisatieproces. Soms kan men na nauwkeurige inventarisatie van de problematiek volstaan met de ouders te helpen hun ouderrol op adequate wijze weer op zich te nemen. Het kan echter zijn dat het kind ook een therapie nodig heeft. Soms is de situatie al zo geëscaleerd dat men het kind in een Kleuterdagverblijf moet plaatsen of in de dagopvang van een kinderpsychiatrische kliniek. Is het een teken aan de wand dat Medisch Kleuterdagverblijven in aantal toenemen en toch wachtlijsten hebben?

Soms moet men er zelfs wel toe besluiten om een kleuter als alle hulp vergeefs is gebleken voor dag en nacht uit huis te plaatsen.

In de lekenwereld denkt men vaak dat uithuisplaatsingen de gedragsstoornissen op latere leeftijd veroorzaken, maar weet wel dat de aanleiding tot die uithuisplaatsing vaak een uitgesproken stoornis in de agressieregulatie was. Het is verder bekend dat agressie een hoog niveau van persisteren door de tijd heen vertoont (14). Plaatsing van kleuters in een daartoe geselecteerd pleeggezin zou de voorkeur verdienen, maar vrijwillig lukt dat nooit, tenzij er een justitiële maatregel is genomen. De ervaring

heeft echter ook al uitgewezen dat de stoornis bij kleuters al zo ernstig kan zijn dat zelfs een pleeggezinplaatsing onder de paraplu van de Therapeutische Gezinsverpleging gedoemd is te mislukken, omdat hechtingsgedrag ontbreekt en het kind ongevoelig is voor discipline. Wanneer een mislukking voorspelbaar is mag men dat noch het pleeggezin noch het patiëntje aandoen. Iedere mislukking bevestigt immers het kind in zijn waardeloosheid en wantrouwen en versterkt het onhanteerbare gedrag. Plaatsing in een kinderpsychiatrische kliniek is dan nog de enige mogelijkheid om door het bieden van warmte, veiligheid, voorspelbaarheid en therapeutische technieken hechtingsmogelijkheden te wekken en tot ontplooiing te brengen. Het onderzoek van Verhey (16) bij een populatie van patiëntjes opgenomen in onze eigen kliniek heeft aangetoond dat deze kinderen vergeleken met gematchte controles cognitief-structurele achterstanden vertoonden en na een jaar follow-up nog geen inhaalgroei lieten zien. Een langer durende follow-up zal plaats moeten vinden om aan te tonen of de inhaalgroei alsnog plaatsvindt of dat de onderzochte vermogens kwalitatief, fundamenteel beschadigd zijn. Het is denkbaar dat bij de "psychische groei en ontwikkeling van kinderen" de kwetsuren in gevoelige perioden zo immens zijn geweest dat inhaalgroei niet meer mogelijk is. Dat psychische problemen voor het zesde levensjaar vaak onderschat worden blijkt uit de jaarcijfers van onze polikliniek, waarbij in ruim 60% van alle gevallen sprake is van problemen beneden de leeftijd van vijf jaar.



Wat de leeftijdsopbouw van de verwijzingen betreft lag de piek in 1986 tussen het zevende en veertiende jaar. In die leeftijdscategorie beginnen de leerproblemen zich duidelijker te manifesteren evenals de gedragsproblemen en het slechte contact met leeftijdsgenoten. Verhulst (17) destilleert uit zijn bevolkingsonderzoek van normale kinderen in Zuid-Holland dat 26% van de acht- en elfjarigen matige tot ernstige psychiatrische stoornissen vertoont. Het feit dat slechts 2% van de kinderen met ernstige stoornissen ook daadwerkelijk hulp krijgt is aanwijzing dat psychiatrische stoornissen bij kinderen door de ouders, de leerkrachten en de artsen niet worden onderkend.

Van de naar onze polikliniek verwezen kinderen blijkt ruim 40% in het verleden al in aanraking geweest te zijn met hulpverlenende instanties, in aantal variërend van 1 tot 5. Vaak blijkt dan dat men ondoelmatig en te lang is doorgegaan omdat de diagnose gemist of de stoornis te licht ingeschat werd.

#### Diagnostiek, verklaringsmodellen, behandelings technieken

Diagnostiek is onontbeerlijk voor een deugdelijk behandelingsplan. In de opleiding moet dit aspect grote aandacht krijgen. Diagnostiek betekent niet "labelen" zoals men vaak hoort verkondigen, maar letterlijk genomen "door en door kennen". Hiervoor moet men weet hebben van de wordingsgeschiedenis van de klacht vanaf het moment van conceptie tot op heden. Men betrekke daarin

biologische, psychologische en sociale factoren. Kinderpsychiaters wordt vaak verweten te denken vanuit een "medisch model". Wij zijn een medische discipline, maar diagnosticeren vanuit het bio-psycho-sociale model.

Het ligt in de lijn der verwachtingen dat biologische theorieën als verklaring van gedrag zullen toenemen. Onderzoek hiernaar wordt door het RAWB-rapport aanbevolen. Hierdoor ontstaat wel het gevaar dat de opkomst van de biologische psychiatrie door fanatiekelingen gemaakt kan worden tot een nieuwe religie zonder erbij stil te staan dat het niet alle gedrag kan verklaren. Ditzelfde geldt ook voor een al te eenzijdige psychodynamische oriëntatie. Voor de diagnostiek is de psychoanalytische psychologie onmisbaar, mits men de biologische determinanten van gedrag maar niet uit het oog verliest en ook niet de kennis die empirisch onderzoek over kinderen heeft opgeleverd.

Momenteel lijkt de systeemtheorie als verklaringsmodel veld te winnen, terwijl de daaruit afgeleide gezinstherapie in veel instituten hoogtij viert. Het is waar dat sociale interacties in het ontwikkelingsproces een grote rol spelen. Het verbeteren van gezinsinteracties is een lofwaardig streven, maar men moet als gezinstherapeut oppassen het gezin niet te reduceren tot het echtpaar en over te gaan tot een echtpaar-relatietherapie. Het kind valt dan tussen wal en schip. Vaak hoort men ouders verzuchten dat wel diepgaand over hun onderlinge problematiek en die met hun ouders is

gepraat, maar dat niet of nauwelijks naar het kind waarvoor ze toch kwamen, gekeken is.

De leertheorie heeft een grote verscheidenheid aan effectieve technieken opgeleverd, die tot een welkome uitbreiding van het therapeutisch arsenaal hebben bijgedragen.

Hoewel de systeemtheorie en de leertheorie strategieën ter behandeling hebben geleverd, is het niet waarschijnlijk dat zij bijdragen zullen leveren aan belangrijke aetiologische hypothesen (12). Dit in tegenstelling tot de psychodynamisch georiënteerde kinderpsychiatrie en de biologische kinderpsychiatrie.

Het gebruik van psychofarmaca neemt in de kinderpsychiatrie een bescheiden plaats in. Medicatie mag alleen voorgeschreven in combinatie met ouderbegeleiding en psychotherapie.

De kindertherapieën op psychodynamische grondslag moeten vaak gemodificeerd worden daar zeer veel kinderen die de polikliniek bezoeken door hun zwaar traumatiserende voorgeschiedenis niet in staat zijn tot selectieve hechtingen aan de medemens en een zeer zwakke persoonlijkheidsstructuur hebben. De therapie is dan meer realiteitsgericht, mikt op een versterking van het Ik en is in eerste instantie niet direct gericht op inzicht geven. Bij deze steunende therapieën, maar ook bij de meer inzichtgevende therapieën, wordt naar mijn mening de helft van het werk gedaan door diegenen die de begaafdheid bezitten de ouders competent te begeleiden. Zij zijn het die de ouders leren naar de problemen van hun kinderen te kijken, hen helpen hun eigen aandeel daarin te exploreren en hen handvaten aan te reiken om

beter met hun kinderen om te gaan. Daarnaast moet naar het schoolklimaat gekeken worden. Sommige scholen werken door het afwijzen van structurerende en controlerende werkwijzen, sterke druk op presteren zonder aandacht voor het sociale aspect van de klas, een te rumoerige klas door een overspannen leerkracht, die geen orde kan houden, ziek makender. Aangezien aangetoond is dat positieve ervaringen voor kinderen door de indirecte werking op het gevoel van eigenwaarde een beschermende factor tegen psychisch derailleren zijn (14), is het vaak nodig om naast de school nog naar andere steunpunten buiten het gezin te zoeken, bijvoorbeeld in de vorm van sport, muziek, handenarbeid, padvinderij. Alles wat positief bevestigend werkt is meegenomen. Immers hoe meer teleurstellingen in het leven van kinderen, pubers en volwassenen, hoe meer men zich schaamt, zich hulpeloos en hopeloos voelt met betrekking tot de toekomst. Iedere hulpverlener moet daarom, al is het tastenderwijs een weg zoeken om een dergelijke neergaande spiraal te doorbreken. Verder is het in de hulpverlening de kunst om de ouders niet met schuldgevoel op te zadelen. Zij hebben immers zichzelf niet gemaakt. Het zich laten verwijzen of zichzelf aan te melden is al een positieve factor. Bovendien moet men ook niet het aandeel van het kind in de interactie onderschatten. Temperamentvolle kinderen zijn in zeker opzicht risicokinderen door hun felle reacties.

Als alle inspanningen om kind en ouders te helpen niet mogen baten, dan zal men over

moeten gaan tot plaatsing in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. Ook voor deze categorie kinderen is pleeggezinplaatsing vaak geen haalbare kaart meer, hoezeer men dat ook vanuit regeringswege propageert. Deze klantjes zijn vaak zo moeilijk dat plaatsing in een doorsnee kinderhuis ook niet de voorkeur verdient. De wachtlijsten van kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken groeien gestaag, waardoor het gevaar bestaat dat genoeg genomen moet worden met een niet optimale plaatsing. Hierdoor zal de problematiek mogelijk persisteren in plaats van verbeteren.

Onder de agressief gestoorde kinderen die een groot deel van de opgenomen patiënten vormt komt een categorie voor met een slechte prognose. De stoornis ontstaat al heel jong en wordt gekenmerkt door buitensporig agressief en destructief gedrag, welk zich voortzet in de diverse ontwikkelingsfasen. Het zijn kinderen die geen angst lijken te kennen en ongevoeliger voor discipline zijn dan andere kinderen. Men vermoedt dat aan deze stoornis biologische mechanismen ten grondslag liggen. Zou men deze kinderen vroeg herkennen dan zou men preventief misschien nog wat kunnen doen. Nu worden ze vaak zo laat aangemeld, na verschillende hulpverlenende instanties gepasseerd te zijn, dat zelfs een intensieve klinische behandeling niet voldoende is om te voorkomen dat deze kinderen uitgroeien tot zeer agressieve antisociale volwassenen. Het verband tussen agressie en gedragsstoornissen in de kinderjaren en persoonlijkheidsstoornissen op volwassen leeftijd is groot in

tegenstelling tot emotionele stoornissen zoals angsten, teruggetrokken gedrag, depressief gekleurde stemming.

#### Het jaar 2000

Kinderpsychiatrie mag dan wel een klein vak zijn in het medisch curriculum, maar het gebied waarover expertise vereist is, is breed. De kennis over kinderpsychiatrische problematiek, hun oorzaken en hun prognose is in mijn loopbaan zeer verdiept. Momenteel staat in de Universitaire Gemeenschap alles in het teken van het magische jaar 2000. De vraag die onmiddellijk rijst is of veranderingen in de samenleving ook nieuwe pathologie zal creëren. In de afgelopen jaren heb ik de indruk gekregen dat de pathologie van de kinderen die naar instanties voor de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg worden verwezen ernstiger is. Dit kan echter samenhangen met het feit dat nu met grotere precisie gediagnosticeerd kan worden. Het aantal kinderen met emotionele- en gedragsstoornissen is stijgende, hetgeen ook blijkt uit de steeds toenemende aanmeldingscijfers van onze polikliniek. Ook het aantal gemelde gevallen van kindermishandeling stijgt. Sexueel misbruik van kinderen komt uit de taboesfeer wat tot nog meer verwijzingen zal kunnen leiden. De medische technologie, zoals reeds eerder vermeld, schrijdt steeds verder voort en heeft nu ook al greep gekregen op het oudste biologische proces, de voortplanting. Wanneer bij KID (kunstmatige inseminatie met zaad van een donor) of bij in vitro fertilisatie (IVF) met een eicel van

een andere vrouw sprake is van onverwerkte onvruchtbaarheidsproblematiek dan zal dat de huwelijksrelatie destabiliseren. Dit heeft onvermijdelijk weerslag op het kind. De kans op destabilisering is nog groter wanneer gebruik gemaakt wordt van zaad van een familielid of van een vriend, of als bij IVF de eicel van een zuster gebruikt wordt. Nog afgezien van onverwerkte vruchtbaarheidsproblematiek, houdt jaloezie tussen broers en zusters, rivaliteit tussen vrienden het gevaar in zich dat de huwelijksrelatie nog meer onder druk komt te staan dan bij een anonieme donor. Bovendien wordt het ontwikkelingspsychologisch referentiekader van het kind beïnvloed. "Mijn moeder is mijn tante en mijn tante is mijn moeder" is een gegeven dat voor een kind nauwelijks te rijmen valt.

Het draagmoederschap lijkt niet meer tegen te houden te zijn, maar de kans is niet denkbeeldig dat dat voor kinderen wel eens moeilijk te verwerken kan zijn. Er lijkt een oeroude, diepgewortelde, vermoedelijk biologisch verankerde overtuiging te bestaan dat kinderen en moeders in wier buik men gegroeid is, bij elkaar horen. Bij draagmoederschap zal het kind moeten verwerken dat het afgestaan werd om bestwil van grote mensen.

Calimero zou zeggen "Zij zijn groot en ik is klein en dat is niet eerlijk, oh nee!".

Wat betreft KID bij lesbische paren en bewust ongehuwde vrouwen stelt men enerzijds dat de noodzaak van een vader bij de opvoeding van zijn kinderen en het belang van zijn rol bij de geslachtsidentiteit niet onomstotelijk

vaststaat en dus geen contra-indicatie mag zijn. Anderzijds haalt men, zoals dit uit het Advies van de Gezondheidsraad met betrekking tot deze materie blijkt, toch een vaderfiguur voor de aldus verwekte kinderen door een achterdeur weer binnen. Vreemde tegenstrijdigheden!

Uitgangspunt bij medische hulpverlening via IVF/KID dient altijd te zijn dat een kind bij zijn geboorte in juridische en sociale zin een vader en een moeder heeft. Anders plaatst men deze kinderen op voorhand op een achterstand, waardoor men hun stabiliteit in gevaar brengt. De gedachte dat kinderen veerkrachtig zijn is zeer betrekkelijk. Teveel stress in het kinderleven sensibiliseert hen voor ongunstige omstandigheden in de volwassenheid.

Uit onderzoek is inmiddels gebleken dat kinderen uit een-ouder gezinnen als groep meer leermoeilijkheden en emotionele stoornissen vertonen dan kinderen met een vader en moeder. Alleenstaande ouders zijn sociaal meer geïsoleerd dan getrouwde koppels en ondergaan ook meer stressvolle gebeurtenissen, zo is naarvoren gekomen.

Het aantal echtscheidingen is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. Het lijkt niet waarschijnlijk dat deze stijging zal afnemen. Ook echtscheiding heeft invloed op de emotionele ontwikkeling van kinderen. Uit de vervolgonderzoeken (16, 18, 19) komt naarvoren dat jongens kwetsbaarder zijn dan meisjes onder de stress van de scheiding. Jongens bleken minder aangepast gedrag te vertonen. Ook spanden zij zich op school minder in. Volwassen geworden vonden zowel

mannen als vrouwen dat zij in hun kinder- en adolescentenjaren geleden hadden onder de scheiding. Zij waren ook bang het ongelukkige huwelijk van hun ouders te herhalen. De vrouwen zouden terwille van hun kinderen scheiding willen voorkomen. Een der grootste risicofactoren voor een slechte verwerking van een scheiding is het voort blijven bestaan van spanningen en ruzies na de scheiding waarin de kinderen betrokken worden en het geen contact meer hebben met de ouder die belast is met de toezienend voogdij.

Drugsverslaving zal een steeds groter probleem worden. De kleine criminaliteit neemt hand over hand toe. Het aantal kinderen van drugsverslaafden is sinds 1980 verdubbeld. Niets wijst erop dat deze groei niet zal toenemen. Het hulpverleningsnetwerk is te grofmazig, wat betekent dat een tweede generatie drugsverslaafden gaat ontstaan.

Kinderen van etnische minderheden bezoeken in grotere getale dan 10 jaar geleden onze polikliniek en beginnen ook deel uit te maken van onze klinische populatie. Aangezien het geboortecijfer bij de etnische minderheden thans nog hoger ligt dan bij de Nederlandse bevolking, is het te verwachten dat etnische minderheden binnen enkele jaren 6% van de bevolking zullen uitmaken. De verwachting lijkt dan ook gerechtvaardigd dat de hulpvraag zal toenemen. Vooral de adolescenten dreigen tussen wal en schip te vallen. Zij raken vervreemd van hun ouderlijk milieu, maar voelen zich ook niet volkomen geïntegreerd in de Nederlandse adolescentengroep vanwege hun culturele achtergrond. Wat dat voor hun gevoel van

Het ze en ze principe waarop de kindersychiatrie gestoeld is, vereist kennis van het ontwikkelingsproces met zijn leeftijdsafhankelijke kwetsbaarheden, met zijn risico- en beschermende factoren en geeft, althans in dit Academisch Ziekenhuis, de verbondenheid van de kindersychiatrie met de kindergeneeskunde en kinderschirurgie. Groei en ontwikkeling staan in het vaandel van al deze 3 specialisten hoog genoteerd. Wij vormen dan ook de vakgroep van de "Ziekten op de

reageren met psychische problematiek. gebeurtenissen het hoofd te bieden en te overmogen te hebben om moeilijke onvoldoende steun uit de omgeving, een een gevoel van hulpeloosheid, blijken bij leidend tot een gebrek aan slagvaardigheid en kinderen met een laag gevoel van eigenwaarde effect op het gevoel van eigenwaarde niet. beïnvloedt het hechtingsgedrag en mist zijn bij een psychiatrisch gestoorde ouder wat depressieve grondstemming. Ook opgroeien angstig en aanklappend gedrag en mogelijk een onveilige hechting groot is, resulterend in haar zuigeling. Dit maakt dat de kans op een niet in staat tot het subtiele samenspel met Een moeder met een post-partum depressie is principe.

omgevingsinvloeden. Zo luidt het derde extra kwetsbaar voor ongunstige Alles wat in snelle ontwikkeling is, is ook

Sub 3.

gedrag wat eerder tot troost en steun uitlokt.

De invloed van werkeloosheid op de geestelijke gezondheidszorg van jeugdigen is een van de meest nijpende kwesties van deze tijd. Werkeloze jongeren hebben 5 keer zo vaak een hulpvraag als werkende jongeren.

Het zal U inmiddels duidelijk zijn geworden dat in het jaar 2000 de pathologie door veranderingen in de samenleving toegenomen zal zijn. In dat magische jaar zullen kinder- en jeugdpsychiaters nog even nodig zijn als nu. Momenteel is er al een schrijnend tekort. Dit houdt in dat de bestaande opleidingen niet wegbezuinigd mogen worden in het belang van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten. Het aantal opleidingsplaatsen zal zelfs drastisch uitgebreid moeten worden.

#### Dankwoord

Aan het einde van mijn betoog gekomen wil ik geen afscheid nemen zonder ook nog een woord van dank uit te spreken.

In de eerste plaats gaat mijn dank uit naar de faculteit der Geneeskunde dezer Universiteit in de persoon van Henk van der Molen, de vorige decaan. Door zijn bemoeienissen heeft de Minister van Onderwijs en Wetenschappen mij in de gelegenheid gesteld mijn karwei af te maken. Het is daardoor mogelijk geworden om twee vacant gekomen leerstoelen in de kinderpsychiatrie te kunnen herbezetten.

De ziekenhuisdirectie dank ik voor de plezierige samenwerking. George Ladee, inmiddels emeritus hoogleraar Psychiatrie voerde mij in deze faculteit

binnen en leerde mij de ins en outs ervan. Ik ben je daar zeer dankbaar voor, maar ook voor de vriendschap en bemoediging die jij en Hannie mij tijdens al deze jaren hebben gegeven. Het is goed toeven in de Emmalaan 81.

De band met de collegae Jan Thiel en Frans Verhage is niet alleen geslagen door het onderwijs in het tweede jaar, door de opleiding in Kinder- en volwassen therapieën en het lidmaatschap van de psycho-analytische Vereniging, maar veel meer door wederzijds respect. Ik dank jullie beiden voor de steun die ik mocht ontvangen.

Henk Visser, de decaan en afdelingshoofd van de kindergeneeskunde is door zijn nooit aflatende energie, zijn werklust en zijn psychiatrisch oog voor patiëntjes, die wij vaak samen hebben behandeld, een stimulerend voorbeeld. Hij was het die de gedachte van een Centrum voor het Zieke Kind bevochten en gestalte gegeven heeft en tot op heden van mening blijft dat kinderpsychiatrie daar een intrinsiek deel van uitmaakt en verder gestimuleerd moet worden. Je weet niet hoe dankbaar ik je ben voor deze visie en de daadwerkelijke steun die je ons hebt gegeven. Onze vriendschap daterend vanuit onze Groningse studententijd heeft zich door de loop der jaren verdiept mede dankzij Margreet en de kinderen. Ik ben er trots op dat een van jullie kinderen mijn petekind is.

Aan Jan Molenaar, de andere pilaar van het gebouw dat Sophia Kinderziekenhuis heet, de hoogleraar kinderchirurgie ben ik op een andere manier zeer verknocht geraakt. Wij zijn verbonden door een anecdote en wel dat

jij eigenlijk kinderarts bent die het mes hanteert, ik kinderarts die verstand van de psyche heeft en samen met de echte, onvervalste kinderarts vormen wij een drie-eenheid, de Vakgroep Ziekten op de Kinderleeftijd. Je begrip voor wat kinderen en hun ouders hebben te lijden is gebaseerd op je diepe menselijkheid en bewogenheid. Ik heb daar groot respect voor. Je bent eigenlijk een kinderpsychiater die het mes met schroom en grote zorgvuldigheid hanteert. Ik ben jou, To en jullie kinderen heel dankbaar voor de mij betoonde hartelijkheid en vriendschap.

Het meest heb ik geleerd van de talloze patiëntjes en hun ouders die mij zo met het leven hebben geconfronteerd dat het mijn kennis van de kinderpsychiatrie zeer heeft verdiept. Zij hebben mij dogmatiek afgeleerd. De studenten dank ik voor hun stimulerende aanwezigheid op de colleges. Hun vragen hebben mij geleerd hoe zij worstelen met het leven, waarmee zij door mijn vak indirect werden geconfronteerd.

En dan mijn medewerkers en oud-medewerkers. Jullie allen, ongeacht de discipline of de werkzaamheden, hebben het mij mogelijk gemaakt deze zeer zware taak te volbrengen. In het begin heb ik wel eens gedacht dat ik het nooit zou redden. Maar meer en meer voelde ik mij gedragen door jullie toewijding, inzet en trouw. Ieder van jullie is/was een verbindingsstuk in de steeds sterker wordende constructie die de periode tussen 1974 en dit moment heeft overbrugd. Uit het diepst van mijn hart dank ik jullie. O, wat zal ik jullie missen.

Tot slot een woord tot mijn opvolger, collega Verhulst, niet om over mijn emeritaat heen te willen regeren, maar om mijn credo van de afgelopen jaren te vertolken. Frank, koester de opleiding in het belang van de patiëntenzorg, houd het onderwijs op hoog peil en bouw de research nog verder uit, zodat ons vak een valide discipline wordt temidden van de andere disciplines van deze faculteit.

Ik dank U voor Uw aandacht.

## Geraadpleegde literatuur

1. Branthwaite, A., Garcia, S., Depression in the young unemployed and those on youth opportunities schemes. *British Journal of Medical Psychology* 1985, 1: 67-74.
2. D'Arcy, C., Siddique, C.M., Unemployment and health: an analysis of "Canada Health Survey" data. *International Journal of health services*, 1985, 4: 609-635.
3. Donovan, A., Oddy, M., Pardoe, R., Ades, A., Unemployment status and psychological well-being: a longitudinal study of 16 year old school leavers. *Journal of Childpsychology and Psychiatry*, 1986, 27: 65-76.
4. Eisenberg, L., Mindlessness and Brainlessness in Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 148: 497-508.
5. Finlay-Jones, R., Eckhardt, B., A social and psychiatric survey of unemployment among young people. *Australian New Zealand Journal of psychiatry*, 1984, 2: 135-143.
6. Guibaldi, D.E., Perry, J.D., Divorce and mental health sequelae for children: a two year follow-up of a nation-wide sample. *Journal of the American Academy of Childpsychiatry*, 1985, 24: 531-538.
7. Hersov, L., Childpsychiatry in Britain - the last 30 years. *Journal of Childpsychology and Psychiatry*, 1986, 27: 781-801.
8. Mc Pherson, A., Hall, W., Psychiatric impairment, physical health and work values among unemployed and apprenticed young men. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 1983, 4: 335-340.
9. Metz, W., *Onnozel leven*. Callenbach, N.V., Nijkerk, 1972.
10. Papousek, H., Papousek, M., Biological basis of social interactions. Implications of research for an understanding of behavioural deviance. *Journal of Childpsychology and Psychiatry*, 1983, 24: 117-129.
11. "Project Future": the way forward for childpsychiatry? *Journal of the American Academy of Childpsychiatry*, 1984, 23: 577-581.
12. Rutter, M., Childpsychiatry: looking 30 years ahead. *Journal of Childpsychology and Psychiatry* 1986, 27: 803-840.
13. Rutter, M., Childpsychiatry: the interface between clinical and developmental research. *Psychological Medicine*, 1986, 16: 151-169.



14. Rutter, M., Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 1985, 147: 598-611.
15. Stevenson, J., Richman, N., Graham, P., Behaviour problems and language abilities at 3 years and behavioural deviance at 8 years. *Journal of Childpsychology and Psychiatry*, 1985, 26: 215-236.
16. Verhey, F., *Klinische Kinderpsychiatrie en het cognitief-structurele ontwikkelingsmodel*. Academisch Proefschrift, EUR, 1986.
17. Verhulst, F.C., *Mental health in dutch children, an epidemiological study*. Academisch Proefschrift EUR, 1985.
18. Wallerstein, J.S., *Surviving the break-up. How children and parents cope with divorce*. New York, Basic Books, 1980.
19. Wallerstein, J.S., *Children of divorce: preliminary report of a ten-year follow-up of older children and adolescents*. *Journal of the American Academy of Childpsychiatry*, 1985, 24: 545-554.
20. Warr, P., Banks, M., Ullah, P., *The experience of unemployment among black and white urban teenagers*. *British Journal of Psychology*, 1985, 1: 75-87.