

DE BABY OP DE BANK

Dr. P. de Château

DE BABY OP DE BANK

Afscheidscollege ter gelegenheid van het aftreden
als hoogleraar in de kinder- en jeugdpsychiatrie
aan de Katholieke Universiteit Nijmegen te Nijmegen
op vrijdag 6 juli 2001

door Dr. P. de Château

logo KUN

Mijnheer de Rector Magnificus,
Zeer geachte toehoorders,

De kinder- en jeugdpsychiatrie is zoals ook onlangs duidelijk werd bij het 60-jarig bestaan van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie in Utrecht de kinderschoenen in Nederland ontgroeit (1). Al eind 1948 werd de sectie kinder- en jeugdpsychiatrie opgericht als onderdeel van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

In ons land ontstond de kinder- en jeugdpsychiatrie voornamelijk uit de algemene, volwassenpsychiatrie terwijl in verschillende andere, ons omringende, landen de oorsprong gevonden wordt in een samenwerking en verdere ontwikkeling tussen voornamelijk kindergeneeskunde en diverse maatschappelijke instanties. Deze verschillende achtergronden hebben er in de loop der jaren toe geleid dat het specialisme nog steeds gezien wordt als een onderdeel van de psychiatrie, zoals in ons land, terwijl in andere landen de kinder- en jeugdpsychiatrie zich tot een zelfstandig specialisme heeft kunnen ontwikkelen. De discussie over de plaats van het specialisme binnen de gezondheidszorg is nog lang niet gesloten en vraagt mede gezien de Europese éénwording om een duidelijke en gefundeerde oplossing. De snelle ontwikkeling en de eigen geschiedenis van de kinder- en jeugdpsychiatrie vragen misschien om een toenemende mate van verzelfstandiging. De infantpsychiatrie is een onderdeel van de kinder- en jeugdpsychiatrie en een nog relatief jong aandachtsgebied. De infantpsychiatrie houdt zich bezig met de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 3 jaar en hun gezinnen en heeft zich internationaal sinds het einde van de zeventiger jaren steeds meer in het GGZ-veld, als een min of meer zelfstandige stroming, ontwikkeld. In deze periode is de kwetsbaarheid van het zeer jonge kind in zijn milieu op dit gebied door wetenschappelijk onderzoek en de toenemende stroom van wetenschappelijke publicaties duidelijker geworden. Bij deze ontwikkeling hebben de in 1979 opgerichte World Association of Infant Mental Health (WAIMH) en haar tijdschrift Infant Mental Health Journal een zeer beduidende en belangrijke rol gespeeld.

LONGITUDINAAL ONDERZOEK.

De opvatting dat vroege interventie een belangrijke rol speelt binnen de volksgezondheid wordt door velen gedeeld. Zo ook in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Om deze stelling door middel van goed wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen is echter geen gemakkelijke opgave. De achtergrond van de belangstelling voor longitudinaal psychiatrisch onderzoek in de leeftijdsgroep 0 tot 3-jarigen moet vooral gezocht worden in de ontwikkeling van dit vakgebied gedurende de laatste jaren. De context waarbinnen de infantpsychiatrie geplaatst kan worden is tegelijkertijd praktisch beperkt en theoretisch bijna zonder beperkingen. Hier wil ik kiezen voor het noemen van een aantal modellen, die elk afzonderlijk, of gezamenlijk gebruikt kunnen worden voor een beter begrip van de infantpsychiatrie.

Allereerst kan gebruik worden gemaakt van het begrip ontwikkeling, met nadruk op de mogelijkheden en de diverse risico's die tijdens de ontwikkeling aanwezig zijn. Dit model vooronderstelt een éénheid in processen van ontwikkeling, zowel biologisch als gedragsmatig, die vooral is gekarakteriseerd door een dynamische relatie tussen het individu en de omgeving. Er bestaat een intieme relatie tussen de capaciteiten van het individu en de steun of het ontbreken daarvan uit de omgeving. Een stap verder in deze theorie wordt genomen, als men zich realiseert dat de omgeving en invloeden op de ontwikkeling van een individu niet

statisch zijn, en voor altijd vastliggen. Verschillende individuen en omstandigheden kunnen er actief invloed op uitoefenen. Uit deze constatering vloeit voort, dat ontwikkeling het resultaat is van de relaties tussen individuen, die met elkaar en de omgeving samenspelen in iedere fase van de levensloop.

Een tweede vorm van theoretische beschouwing kan betrokken zijn op het gezin, met daaraan gekoppeld de affectieve ontwikkeling binnen een primair verzorgende relatie. Winnicott (2) schreef in een provocatief commentaar immers al: Er is niet zoiets als een baby, in afwezigheid van langdurige en volhardende verzorgende relaties; daarmee doelend op de onverbreekelijkheid van kind en gezin. Hierbij moet ook het belang genoemd worden van het samenspel tussen meerdere generaties en de overdracht van bijvoorbeeld een bepaalde manier van reageren van één generatie op de volgende.

Een andere factor van belang is de voortdurende aanwezigheid van wederkerige regulatieprocessen tussen het kleine kind en de verzorgenden; regulatieprocessen, die langzamerhand en stapsgewijs geïnternaliseerd worden tot zelfregulaties door het kind. Het hoeft nauwelijks betoog dat op basis van deze thema's een uiterst complex en ingewikkeld schema gemaakt kan worden, waaruit de affectieve ontwikkeling van een kind in zijn ontstaanswijze begrepen kan worden.

Ten slotte moet ook de socio-culturele omgeving waarin het kind opgroeit, besproken worden. Le Vine (3) stelt dat opvoedingstechnieken in bepaalde opzichten afhankelijk zijn van de capaciteiten die volwassenen verondersteld worden te bezitten binnen een gegeven populatie. Volwassenen, bewust of onbewust, proberen als doel voor hun opvoeding bepaalde cognitieve, taal- en spraakkundige, sociale en emotionele capaciteiten die relevant zijn binnen hun cultuur aan hun kinderen over te dragen door middel van de keuze van instrumenten en opvoedingsmethoden. Deze zogenaamde culturele code wordt ook gebruikt door anderen dan ouders in de samenleving, bijvoorbeeld transgeneratieel, binnen diverse onderwijssystemen, kinderopvang en vele verenigingen.

Binnen deze verschillende theorieën, en ook bij de toepassing daarvan, gaat men er soms wel vanuit dat beschermende en niet-beschermende factoren bestaan. Immers, iedere invloed op de ontwikkeling van een kind kan een positieve of negatieve lading krijgen. Dit model, waarbij van overdracht sprake is kan aantrekkelijk lijken, omdat specifieke factoren in het ontstaan van psychopathologie eigenlijk tot op heden niet goed geïdentificeerd zijn. Men veronderstelt zodoende dus, dat een cumulatie van niet-beschermende factoren of het ontbreken van voldoende beschermende factoren kan leiden tot symptoomvorming.

De bewijsvoering hiervoor is echter tot nu toe tamelijk beperkt en gering. Dit komt voornamelijk omdat het bijzonder moeilijk is, goed en gecontroleerd longitudinaal vervolgonderzoek te doen. In Zweden, met een lange traditie van registratie op een groot aantal punten binnen de samenleving, hebben zich bijzonder gunstige voorwaarden ontwikkeld om aan vervolgonderzoek te kunnen werken op basis van longitudinale en betrouwbare gegevens uit de bevolking. De meeste overheids- of semi-overheidsinstituten op tal van terreinen houden archieven van hun cliëntèle bij, waardoor het mogelijk is bepaalde ontwikkelingen, bijvoorbeeld van zeer jonge kinderen, te volgen. De vraag is dan: Hoe is het hen later vergaan, en hebben zij zich bijvoorbeeld binnen de samenleving kunnen handhaven?

NAONDERZOEK 0- TOT 3-JARIGEN.

Midden jaren vijftig werd in Stockholm, Zweden, in de medisch opvoedkundige bureau's (M.O.B.'s) door Curman en Nylander (4) een studie opgezet met als doel, de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen die ontslagen waren uit behandeling gedurende de jaren 1953 tot en met 1955, te volgen en om te onderzoeken welke factoren eventueel van voorspellende betekenis waren voor het resultaat op lange termijn. Gedurende die jaren werden in totaal 2364 kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar ontslagen uit behandeling. Deze kinderen vertegenwoordigden 0,4% van de totale bevolking in die leeftijdsgroep, een aandeel dat constant bleef gedurende de onderzoeksperiode. De groep omvatte ongeveer 60% van alle kinderen en jongeren die in ambulante psychiatrische behandeling waren. De groep is niet een echt representatieve selectie van alle kinderen en jeugdigen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Stockholm, omdat gevallen met de meest ernstige sociaal-psychiatrische problematiek meestal behandeld werden op kinder- en jeugdpsychiatrische poliklinieken van ziekenhuizen. Een ondergroep van 125 kinderen, die 5,2% van de oorspronkelijk onderzoeksgroep vertegenwoordigde, was jonger dan 3 jaar op het tijdstip van ontslag uit behandeling. Zelf werd ik betrokken bij een prospectief 30-jarig naonderzoek van deze patiëntgroep, die dus de eerste keer op een M.O.B. onderzocht werd voordat zij de leeftijd van 3 jaar bereikt had.

Tabel 1

Kind diagnoses op M.O.B., 1953-1955

	Jongens (n=68)	Meisjes (n=57)	Totaal (N=125)
Gezond	27%	18%	23%
Milde reacties	47%	63%	54%
Gedragsproblemen	9%	15%	12%
Mentale retardaties	13%	2%	8%
Psychosomatische stoornis	4%	2%	3%

De verdeling van de sociaal-economische status was vergelijkbaar met de verdeling in de algemene bevolking. De diagnoses van de kinderen omvatten gedragsproblemen, mentale retardatie of psychosomatische stoornissen, terwijl het merendeel van de kinderen werd beoordeeld geestelijk gezond te zijn of slechts een milde reactie te hebben vertoond op de directe omgeving. Deze diagnoses waren redelijk proportioneel over de beide geslachten verdeeld, met uitzondering van mentale retardatie, in welke categorie meer jongens dan meisjes werden gezien. Gemiddeld werden 2,5 symptoom per kind gemeld. De meest frequent voorkomende symptomen bij de kinderen waren: slaapstoornissen, agressief gedrag, eetstoornissen, separatieangst en hyperactiviteit. Ook de ouders van de patiëntjes werden psychiatrisch beoordeeld op het M.O.B. dat als voorloper van het huidige R.I.A.G.G. kan worden gezien.

De informatie over de kinderen en hun gezinnen werd gedurende het contact met het M.O.B. ingevoerd op een speciaal daarvoor ontworpen statistiekformulier, zodat bij vervolgonderzoek goede informatie voor wetenschappelijke bewerking aanwezig was.

Er werd gebruik gemaakt van een speciale handleiding met gedetailleerde instructies over de manier van invullen van dit statistiekformulier alsmede goed gedefinieerde criteria voor de beschrijving van diagnoses en symptomen. Notities op het formulier werden doorlopend gecontroleerd en aangevuld. Bij ontslag uit behandeling, als het dossier werd afgesloten werden deze formulieren nog een extra keer gecontroleerd. Aanvullende gegevens werden verkregen met behulp van dossiers van consultatiebureaus en maatschappelijke instellingen.

Dertig jaar later werd door middel van contacten met bevolkingsregisters de huidige verblijfplaats van de voormalige M.O.B.-patiëntjes vastgesteld. Gegevens uit de volgende officiële registers werden daarna over deze patiëntjes opgezocht en in het onderzoek gebruikt: registers van kinder- en volwassen psychiatrisch ambulante en klinische zorg; registers van sociale diensten; strafrechtelijke registers; registers van overtredingen van de wet op misbruik van alcohol en narcotica, en tenslotte registers van verzekeringsorganen met betrekking tot invaliditeitsuitkeringen of voortijdig pensioen.

ONDERZOEKSRESULTATEN.

Zestig procent van de kinderen die in de jaren 1953 tot en met 1955 ontslagen werden uit behandeling op het M.O.B. was 30 jaar later bekend in een van de officiële registers (5) (tabel 2). Het meest frequent voorkomend waren notities in de registers over de geestelijke gezondheidszorg en de sociale diensten. Een aantal van de patiënten was bekend in meer dan één register (tabel 3). Het percentage jongens en meisjes varieerde met de leeftijd. Het relatieve aandeel meisjes van 0 tot 3 jaar is significant groter dan in de totale groep van 0 tot 18 jaar. De resultaten laten na 30 jaar dan ook zien dat meer mannen dan vrouwen bekend waren in één van de vijf registers.

Tabel 2

Aantal patiënten bekend in een van de registers na 30 jaar

	Jongens (n=68)	Meisjes (n=57)	Totaal (N=125)
Geestelijke gezondheid	43%	42%	42%
Sociale Diensten	53%	35%	45%
Wetsovertredingen	19%	4%	12%
Openbare dronkenschap	19%	4%	12%
Verzekeringen	6%	4%	4%

Tabel 3

Aantal patiënten bekend in meerdere registers na 30 jaar

	Jongens (n=68)	Meisjes (n=57)	Totaal (N=125)
In een register	31%	30%	30%
In twee registers	13%	12%	13%
In drie registers	24%	7%	16%
In vier registers	1%	0%	1%
Totaal	69%	49%	60%

Vrouwen zochten vaker hulp op volwassen leeftijd bij een instantie in de geestelijke volksgezondheid dan mannen. Van de geregistreerde patiënten had 40 % een ouder die tijdens het onderzoek op het M.O.B. al een psychiatrische diagnose had gekregen. Meer jongens dan meisjes hadden een ouder met een psychiatrische diagnose. In totaal kwam bij 8 van de 125 kinderen een psychiatrische diagnose bij beide ouders voor.

Geen verschillen werden gevonden tussen meisjes en jongens met betrekking tot de soort of duur van de behandeling. Jongens werden na beoordeling echter vaker uit huis geplaatst. Vrijwillige uithuisplaatsing was bij jongens relatief gezien ook frequenter. De prognose voor de uit huisgeplaatste kinderen verschilde niet van die van de totale infantgroep. De discussie over de wenselijkheid van vrijwillige of gedwongen uithuisplaatsing is echter met de resultaten van deze studie nog lang niet gesloten. Integendeel, zo leert bestudering van de adequate literatuur op dit gebied ons dat uithuisplaatsing van zeer jonge kinderen meestal de ontwikkelingsprognose ongunstig kan beïnvloeden. Bij uithuisplaatsing van oudere kinderen lijkt deze invloed vaak nog groter te zijn. Echter veel studies over deze effecten zijn uitgevoerd na vormen van uithuisplaatsing zoals langdurige opname in instituten, plaatsing in een pleeggezin of na een adoptie. Deze extreme vormen van uithuisplaatsen werden echter niet toegepast in de onderhavige populatie. De plaatsingen waren in het algemeen van korte duur en met behoud van contact met het biologische gezin. Bovendien werd een voor die tijd zeer moderne en progressieve aanpak van behoud en binding en herbinding bij gevonden noodzaak daarvan gepropageerd. Ook heropvoeding van ouders maakte daar een actieve component van uit. Immers een haast agressieve herbinding en heropvoeding na afronding van uithuisplaatsing en herplaatsing binnen het biologische systeem zijn absolute voorwaarden voor het welslagen van dergelijke maatregelen. De kinderen hebben namelijk een verlies van ouderbinding, stimulatie en ontwikkelingservaringen van variërende tijdsduur, waar intensief reparatie en compensatie voor gevonden dient te worden binnen het oorspronkelijke systeem.

DE PROBLEMEN.

Deze studie toont aan, dat zestig procent van de jongste patiënten die onderzocht werden op het M.O.B. te Stockholm gedurende de jaren 1953 t/m 1955, 30 jaar later duidelijk niet aangepast was aan de samenleving. Het percentage personen dat leed aan een psychiatrische stoornis of dat de hulp van sociale diensten behoefde was veel groter dan onder hun leeftijdsgenoten in de rest van de bevolking. De onderzoeksgroep in deze studie is uniek in veel opzichten en daarom is geen echte controlegroep beschikbaar.

Recrutering van patiënten voor deze studie gebeurde slechts gedurende een beperkte periode. Ontslag uit behandeling geschiedde na optimale psychiatrische behandeling en met sociale aanpassing, of anders omdat de ouders niet genegen waren het contact met het M.O.B. te continueren. Het aandeel kinderen onder de 3 jaar in deze twee categorieën, dat in de algemene bevolking psychiatrische behandeling ontving gedurende de actuele periode is niet betrouwbaar bekend. De kinderen uit dit onderzoek waren echter niet diegenen met de slechtste sociale aanpassing of de ernstigste psychiatrische en psychologische problemen (6) Zevenenzeventig procent van de kinderen werd oorspronkelijk door de staf van het M.O.B. beoordeeld als geestelijk gezond of met milde reacties in gedrag op hun omgeving. Ons naonderzoek heeft evenwel duidelijk aangetoond dat het resultaat na 30 jaar verre van bemoedigend is. Vele van de stoornissen werden op het M.O.B. als relatief onschuldig beoordeeld en niet als erg bedreigend voor de geestelijke gezondheid en ontwikkeling van de kinderen. Waren deze beoordelingen goed gefundeerd of was het niet mogelijk om alle problemen en moeilijkheden te ontdekken en de toekomstige ontwikkelingen te voorspellen? In de jaren vijftig was de algemene opinie bovendien, dat het van groot belang was dat patiënten in contact met het M.O.B. zouden komen gedurende een vroeg stadium van hun aanpassingsmoeilijkheden. Echter, de kinderen onder de leeftijd van 3 jaar vormden slechts vijf procent van de totale patiëntengroep van 0-18 jaar, terwijl zij vijftien procent van de leeftijdsgroep vormden. Onze ervaring leert dat professionele hulp voor jonge kinderen niet gezocht wordt omdat daar een dringende noodzaak voor bestaat, maar veeleer omdat zij ernstige problemen voor hun omgeving creëren. Als dit waar is, is het misschien niet verwonderlijk dat deze kinderen, als zij volwassen zijn, zo'n slechte sociale aanpassing vertonen, en dat zoveel andere problemen en moeilijkheden zich voordoen.

Vooraf jongens hebben vaak een meer problematische achtergrond en gezinsverhouding dan meisjes. Jongens, vooral op lagere leeftijd, vertonen ook gedragsstoornissen die de omgeving storen, zogenaamd acting-out gedrag. Dit gedrag wordt op jonge leeftijd gekenmerkt door storen van de omgeving met motorische onrust, plagen, niet luisteren naar instructies of vermaningen, voorwerpen kapot maken, tegen de draad in zijn en luidruchtigheid met eventueel baldadigheid. Deze extraverte symptomen beïnvloeden de omgeving zodanig dat zij als last gezien worden, zodat hulp gezocht wordt.

De symptomen op zich zeggen echter niets over de ernst, het verloop of de prognose van de aandoening. Bij meisjes komt acting-out in het algemeen op deze leeftijd veel minder voor, zij veroorzaken daardoor minder last voor de omgeving, die dan ook minder vaak hulp zal zoeken voor hen. Een parallel in het verschil in gedrag tussen jongens en meisjes kan ook gezien worden in meer aandachtvragend gedrag bij jongens in bijvoorbeeld een schoolsituatie.

De meeste verschillen tussen de geslachten die in deze studie werden gevonden, zijn ook bekend uit de literatuur over oudere kinderen. Zo was ook het aantal jongens dat het M.O.B. bezocht ook groter dan het aantal meisjes, de ouders van de jongens vertoonden meer psychiatrische symptomen, meer jongens werden uit huis geplaatst, meer jongens waren bij naonderzoek bekend in een van de registers, en in het algemeen was de prognose voor jongens slechter dan voor de meisjes (6). Een uitzondering hierop is echter, dat vrouwen die tijdens hun contact met het M.O.B. een psychiatrische diagnose kregen, gedurende de adolescentie en in de volwassenheid veel vaker psychiatrische hulp zochten dan mannen. Dit kan een gevolg zijn van een algemene observatie dat vrouwen in de bevolking vaker psychiatrische hulp zoeken dan mannen, en dit komt tot uiting in dit na-onderzoek. Een andere verklaring kan misschien zijn dat meisjes op het M.O.B., alhoewel ze dezelfde diagnose als hun mannelijke tegenhangers kregen, een grotere behoefte hadden aan psychiatrische zorg en behandeling, zoals later wordt gesuggereerd door een hoger aandeel vrouwen dat hulp en behandeling behoeft gedurende de na-onderzoeksperiode. Dit verschil tussen de geslachten werd niet gevonden onder patiënten die als geestelijk gezond geclassificeerd werden op het M.O.B. In tegendeel, een tendens tot het tegenovergestelde werd gevonden.

INTERVENTIEMOGELIJKHEDEN.

De belangrijkste uitkomst van de hier geciteerde studie is dat het merendeel van deze extreem jonge M.O.B.-populatie met matige adaptieve problemen later zo'n toename van problemen, moeilijkheden en probleemgedrag vertonen, de best voorspellende factoren hiervoor waren het geslacht van het kind en de diagnose van de ouder tijdens het contact met het M.O.B.

Mogelijke interventies in het werken met kleine kinderen worden bepaald door de aard van de problematiek, de diagnose, het ontwikkelingsniveau van het kind, de draagkracht van de ouders en de aanwezige mogelijkheden binnen en buiten het systeem. Bij zeer jonge kinderen zal vaak de keuze gemaakt worden om de interventie primair via de ouders te laten verlopen. Kortdurende psychotherapeutische interventies met moeder- infantparen lijken gedurende de eerste levensjaren zeer effectief te zijn. Daarbij wordt intensief gebruik gemaakt van de mentale representatie die moeders van hun baby's hebben. Getracht wordt, deze representaties in de therapie te beïnvloeden, wat ook de moeder-kind interactie kan veranderen en daardoor een verandering in het functioneren van ouder en kind teweeggebracht kan worden.

Deze aanpak heeft het meest effect, als de moeder angstig en onzeker is en de stoornis niet al te ernstig. In ernstige gevallen zal een meer langdurige en intensieve aanpak nodig zijn. Dit kan gebeuren door dagbehandeling of klinische opname van moeder en kind en eventueel het hele gezin. De mogelijkheden voor deze aanpak zijn in Nederland echter nog zeer beperkt, hoewel op verschillende plaatsen deze ontwikkeling wel in gang is gezet.

Van groot belang voor een normale en voorspoedige ontwikkeling van kleine kinderen is het vermogen van de omgeving om de signalen die kinderen uitzenden goed te begrijpen en op de juiste wijze te interpreteren. Sommige kleine kinderen zenden zelf onduidelijke en zwakke signalen uit naar hun omgeving, waardoor een adequate reactie uitblijft. Hierbij wordt in de eerste plaats gedacht aan te vroeg geboren kinderen, dysmaturen, kinderen met geboorte-trauma's en kinderen met aangeboren afwijkingen. Het vermogen de signalen van het kind juist op te vatten kan onder bepaalde omstandigheden bedreigd worden. Bij de

moeder kunnen bepaalde stoornissen voorkomen, zoals de “maternity blues”, de post partum-depressie, de manisch-depressieve psychose, de reactieve- en atypische psychosen en in mindere mate neurotische en psychopatische stoornissen in de persoonlijkheid.

Het ouder-kind samenspel kan vergeleken worden met een spiraal van interacties, waarbij het resultaat afhankelijk is van zowel de kinder- als de oudercapaciteit en inbreng. Sommige van deze spiralen, waaraan een wederzijdse herkenning van de signalen ten grondslag ligt, groeien uit tot een krachtige stimulans voor de ontwikkeling van het kind, terwijl andere meer het karakter van gebrekkigheid en mislukking vertonen. In het laatste geval wordt de ontwikkeling van het kind op een negatieve wijze beïnvloed en bedreigd. Ouders en kinderen kunnen niet op een adequate manier elkaars signalen lezen, vertalen, interpreteren en duiden.

De hier besproken resultaten van deze longitudinale studie roepen natuurlijk vragen op over de gebruikte methodiek, de beoordelingsinstrumenten en het ontbreken van een echte controlegroep. Het merendeel van de resultaten kon echter getoetst en vergeleken worden met gegevens en uitkomsten over leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. Ook kan worden geconstateerd dat al bij aanmelding verschillende ongunstige achtergrondfactoren aanwezig waren bij één en hetzelfde kind. Deze ernstig bedreigde kinderen hadden misschien een meer intensieve en meer uitgebreide opvang moeten krijgen om het cumulatieve effect van deze ongunstige factoren tegen te kunnen gaan. Ook een adequaat diagnostisch classificatiesysteem tijdens de initiële beoordeling ontbrak grotendeels. Hier over het volgende.

DIAGNOSTISCHE CLASSIFICATIE 0 – 3 JAAR.

Een diagnostische classificatie van psychische stoornissen en ontwikkelingsstoornissen in de zuigelingentijd en in de vroege kinderjaren is inmiddels echter ontwikkeld. Het systeem is door het National Center for Infants, Toddlers and Families in de Verenigde Staten ter hand genomen gezien de onvrede en matige bruikbaarheid van het algemeen psychiatrische classificatiesysteem van de DSM-IV. Het grootste probleem met de DSM-IV berust naar mijn mening op het geringe aantal diagnostische classificaties in de leeftijd 0 tot 3 jaar dat daarin is opgenomen en het ontbreken van een dimensie waarin de relatie ontwikkeling van het kind en zijn ouders of omgeving is verwerkt.

Tabel 4

Diagnostische classificatie 0-3 jaar

As I :	Primaire classificatie
As II :	Relatieclassificatie
As III :	Stoornis – aandoening
As IV :	Psychosociale stressoren
As V :	Ontwikkelingsniveau

Het diagnostisch classificatiesysteem 0 tot 3 jaar voorziet mijn inziens wel in deze behoefte. Ten eerste is het een meerassig classificatiesysteem, zoals de DSM-IV, maar in tegenstelling tot de DSM-IV is een relatieclassificatie opgenomen. De diagnostische classificatie 0 tot 3 jaar omhelst het volgende diagnostische raamwerk: As I primaire classificatie van het kind; As II een relatieclassificatie; As III stoornis of aandoening op lichamenlijk-, neurologisch-, ontwikkelings- of psychisch vlak; As IV psycho-sociale stressoren; en tenslotte As V functioneel-emotioneel ontwikkelingsniveau. Citerend uit de Nederlandse vertaling van dit classificatiesysteem (7) moet informatie worden verzameld en onderzoek gedaan op alle domeinen die een rol spelen in de ontwikkeling en het functioneren van het kind. Daarbij dient gebruik gemaakt te worden van de actuele kennis op het gebied van aanwezige symptomen en gedrag; de ontwikkelingsgeschiedenis; het gezinsfunctioneren en de sociaal-culturele patronen, individuele beoordeling van ouders; de kind-ouderrelatie en interactieve patronen; de constitutionele factoren en neurobiologische rijping van het kind; de medische voorgeschiedenis vanaf de conceptie; de psychosociale en medische voorgeschiedenis van het gezin en de familie en de omgevingsfactoren en eventueel stressveroorzakende omstandigheden. Tenslotte dienen de resultaten van deze evaluatie te leiden tot ideeën over de aard van de problemen van het kind zowel als de sterke kanten van het kind en zijn systeem. Bovendien dient inzicht te worden gegeven in het adaptieve niveau van het kind en in het functioneringsniveau op belangrijke ontwikkelingsgebieden. Verder dient de relatieve bijdrage van de verschillende beoordeelde domeinen zowel ten aanzien van de problemen als de competenties van het kind in kaart gebracht te worden en afsluitend een geïntegreerd behandelings- of preventieplan.

Met de toepassing van dit classificatiesysteem binnen het het Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Oost-Nederland ACKJON is een eerste voorzichtige start gemaakt. De ervaringen geven aanleiding tot een zeker optimisme, alhoewel de waarde van protocollen en zogenaamd op bewijs en getuigenis gebaseerd onderzoek ook binnen de infantpsychiatrie niet overdreven moet worden. Uiteindelijk is de clinicus en het team verantwoordelijk voor de diagnostiek en behandeling van een aangemeld patiëntje en zijn familie en in zijn beoordeling misschien meer beperkt door ervaring, inzicht en intuïtie dan door een in consensus ontworpen classificatiesysteem. Nochtans is het ontwerp van het diagnostisch raamwerk een goede stap in de ontwikkeling van de infantpsychiatrie en noodzakelijk bij het verder opzetten van wetenschappelijke onderzoeksmethoden die de kennis en behandel mogelijkheden zullen vergroten.

EETSTOORNISSEN BIJ HET JONGE KIND.

Dit nieuwe classificatiesysteem kan op diverse terreinen gebruikt worden.

Een belangrijk voorbeeld van een stoornis die al gedurende de vroege ontwikkelingsfase van een kind kan ontstaan is een eetstoornis. Bij het afnemen van een grondige anamnese, als hulp gezocht wordt voor eetstoornissen gedurende de late latentie en vroege puberteit, valt op dat vaak al zeer vroegtijdig voedingsmoeilijkheden aanwezig waren. Een zeer zorgvuldige somatische anamnese leidt niet altijd tot een juiste oorzaak. Als voorbeelden van dit soort eetstoornissen kunnen voedingsmoeilijkheden bij zuigelingen en slechte eetlust gedurende verschillende fasen van de kinderlijke ontwikkeling genoemd worden. Een gedragsobservatie en een beoordeling van psychosociale factoren binnen het gezin dienen een somatische anamnese in het geval van eetstoornissen te completeren. Psychosociale moeilijkheden in het milieu van het kind worden vaak bij voedingsproblemen gevonden. Bij kinderen op de leeftijd

van nul tot drie jaar behoren eetstoornissen tot de meest op de voorgrond tredende en frequentste klachten. Op de kraamafdeling vinden moeders en personeel al snel dat de zuigeling niet goed drinkt, niet voldoende aankomt, vaak honger heeft en veel huilt. Zulke problemen worden meestal door de kraamverzorging in overleg met de kinderarts opgelost. Indien er echter psychosociale problemen in het gezin bekend zijn, dient een psychiatrisch consult overwogen te worden. Een goede en bevredigende voeding is één van de belangrijkste voorwaarden voor de normale ontwikkeling en groei van het kind. Voor de moeder representeert een probleem bij de voeding van het kind zo'n grote mislukking dat de gevolgen zeer verdragend kunnen zijn voor de moeder-kindrelatie. Voor het kind is niet alleen de hoeveelheid voeding, de soort en het aantal calorieën van essentiële betekenis, maar misschien nog meer de context waarbinnen de voeding gegeven wordt en de kwaliteit van de interactie en de relatie met de verzorgende. De dialoog binnen de dyade is al voor de geboorte begonnen. Het is daarom van groot belang om bij het afnemen van de anamnese factoren die van invloed zijn geweest op de ontwikkeling van de ouders en hun achtergrond in kaart te brengen.

De evaluatie van eetstoornissen bij zuigelingen en kleine kinderen behoort verschillende facetten te omvatten. Deze zijn een systematische anamnese, het bijhouden van een dagboek over de eetgewoonten van het kind door de ouders, de observatie van een maaltijd, het gedrag van het kind, het gedrag van de moeder, het samenspel tussen moeder en kind en tenslotte een beoordeling van het milieu en de draagkracht van het gezin. Een samenweging van de verschillende factoren kan helpen om tot een duidelijkere diagnose te komen.

Een gedetailleerde weergave van de dagelijkse voedselinname is gewenst. Een formulier kan aan de ouders meegegeven worden om in te vullen en gedurende een week bij te houden. Voor sommige ouders is dit echter niet goed mogelijk. Zij kunnen of de ernst van de situatie niet goed inschatten of de spanning thuis is zo groot dat aan het betrouwbaar invullen niet goed toegekomen wordt. In dat geval moet opname, ter observatie voor het verkrijgen van een voedselanamnese, overwogen worden.

OBSERVATIE VAN EEN MAALTIJD.

Om een goed beeld van de natuurlijke omgeving te krijgen, kan de observatie het beste thuis geschieden. In sommige huizen ontbreekt eenvoudig een tafel of het eten wordt aangeboden terwijl het kind nog rondloopt of aan het spelen is. In andere gezinnen ontbreken vaste tijden voor het eten. Het voeden van het jongste kind kan de moeder zo in beslag nemen dat de aandacht voor de andere kinderen tijdens het eten minimaal is, zodat daardoor eetstoornissen kunnen ontstaan en optreden. De etenstijd kan een periode van wanorde zijn, waarop de kinderen juist minder rustig worden en bijvoorbeeld weigeren aan tafel te komen. De ouders kunnen in zo'n situatie boos en gefrustreerd reageren, waardoor het algemene niveau van ontwrichting en spanning nog wordt verhoogd. Een nauwkeurige en gedetailleerde observatie van een moeder die haar kind voedt, kan een weerspiegeling zijn van de gevoelsmatige relatie tussen haar en haar kind. Zo kan bijvoorbeeld het gebrek aan enthousiasme en belangstelling bij de moeder duidelijk worden. Door een slechte timing van het aanbieden van het eten kan een kind boos of gefrustreerd raken. Het tempo van het eten kan onvoldoende momenten van rust voor het kind inhouden. Hierdoor raakt de moeder misschien uit haar humeur en ziet het kind als lastig of recalcitrant. Aan de andere kant kan de moeder het eten te langzaam geven, waardoor het kind eventueel de belangstelling verliest. Het samenspel wordt verder ook nog beïnvloed door onhandig aanbieden van het voedsel en een geïrriteerde of koude benadering.

Het eetgedrag van een kind kan ook door een te opdringerige moeder beïnvloed worden. Het normale ontwikkelingsproces van het kind kan gestoord raken door het geen zelfstandigheid bij het eten toe te staan. Moeders angst en onrust kan op het kind overgedragen worden waardoor het kind zo overstuurd raakt dat het weigert te eten. Het wegnemen van het voedsel kan de angst bij moeder en kind in het begin verminderen, maar ook versterken. Als moeder later ontdekt dat er een probleem is ontstaan, wordt de angst opgelost door met overdreven veel aandacht het kind tot eten te brengen. De maaltijden worden in toenemende mate gespannen en onplezierig en het kind laat een steeds moeilijker gedrag zien. Het kind zelf heeft ook een groot aandeel in het ontstaan van moeilijk gedrag. Kinderen verschillen al zeer jong duidelijk van elkaar wat betreft temperament en gedrag en wat betreft het samenspel met de omgeving. Sommige kinderen hebben een korte aandachtsspanne, eten gulzig zijn en zeer prikkelgevoelig. Anderen reageren juist langzaam op adequate stimulering, eten traag, ongeïnteresseerd en lijken nauwelijks te activeren te zijn. Bij een goede observatie van een maaltijd dienen zowel de inbreng van het kind als die van de verzorgende en hun onderlinge samenspel en verhouding duidelijk gedocumenteerd te worden.

OBSERVATIE VAN HET ALGEMENE SAMENSPEL TUSSEN MOEDER EN KIND.

Problemen met eten weerspiegelen vaak algemene moeilijkheden binnen de moeder-kindrelatie. Het temperament van het kind botst soms met de moeder en daarom komen eetstoornissen vaak voor binnen de context van een groter spectrum van opvoedkundige problemen. Het kind kan zeer koppig en obstinaat zijn en een sterke wil hebben en de ouders hebben misschien nog niet geleerd hoe om te gaan met hun kind of hoe leiding te geven. Een depressie bij moeder kan bijvoorbeeld haar vermogen om adequaat te reageren op de behoeften van haar kind beïnvloeden. In sommige gezinnen met een klein kind met eetstoornissen kunnen chronische problemen aanwezig zijn sinds de geboorte. In andere gezinnen zijn er complicaties rond de bevalling geweest of separatie van moeder en kind en heeft de moeder nooit het gevoel gehad een goede en vaste hechting met haar kind te hebben ontwikkeld (8). Een gevoelsmatige afstand, ervaren door de moeder, zal al haar interacties met haar kind kunnen beïnvloeden. Een ander kind in het gezin kan worden voorgetrokken en mede daardoor kan het kind met eetstoornissen in toenemende mate buitengesloten worden.

EVALUATIE VAN DE OMGEVING EN EMOTIONELE STRESS VAN DE OUDERS.

Relatieproblematiek binnen het huwelijk, éénoudergezin en bemoeizuchtige familieleden of kennissen (vrienden) kunnen allemaal op hun manier bijdragen tot het verstoren van het zelfvertrouwen van ouders om goed voor hun kinderen te kunnen zorgen. Slechte huisvesting, armoede en klein behuist zijn, dragen ook bij tot moeilijkheden bij het opvoeden. Het niveau van moeders gevoeligheid en haar reactie op de behoeften van het kind worden beïnvloed door temperament, zienswijze op de kinderverzorging en de beschikbaarheid van maatschappelijke steun. In bijzonder ernstige gevallen van eetstoornissen bij zeer kleine kinderen kan ziekenhuisopname de aangewezen situatie zijn om nauwkeurige observatie van eetgewoonten en het samenspel tussen moeder en kind te registreren. Het diagnostische classificatiesysteem nul tot drie jaar biedt een goede mogelijkheid om met tal van deze factoren, die op het gebied van de relatievorming en interactionele probleempatronen betrekking hebben, rekening te houden.

ACKJON.

De titel van deze rede heeft U misschien enigszins verbaasd. Mijns inziens zijn er echter minstens twee interpretaties mogelijk. De eerste duiding omvat een korte weergave van de letterlijke interpretatie waarbij de gedachten kunnen uitgaan naar de inhoudelijke ontwikkelingen binnen de infantpsychiatrie zoals tot nu toe is geschetst. Een tweede duiding kunt u vinden als het ACKJON gezien mag worden als een zich voorspoedig ontwikkeld, klein kind of kenniscentrum, dat op de bank van de analyticus terecht is gekomen. In dit laatste geval is de ontwikkeling en analyse al enige jaren gaande. Voor een voorspoedige groei van de baby zijn echter twee bij het proces zeer betrokken ouders nodig. Ook harmonie en eensgezinsheid dienen de kenmerken van de samenwerking tussen ouders te zijn. Wie de ouders van ACKJON zijn is genoegzaam bekend, van minder belang is misschien wie de moeder- en wie de vaderrol vervult. De samenwerking dient ook door verdere integratie te leiden tot een voorspoedige ontplooiing. Mocht in de ons achterliggende periode deze integratie nog wel eens op onverwachte moeilijkheden zijn gestuit, dan lijkt de toekomst rooskleuriger. Onlangs is gestart met de nieuwe behuizing voor het ACKJON, waardoor veel logistieke problemen lijken te worden opgelost. Ook een versnelde ontwikkeling van de diversiteit van de functies van het ACKJON ligt in het verschiet.

DANKWOORD.

Mijnheer de Rector,
Dames en heren,

Gaarne besluit ik mijn afscheidscollege met een woord van dank aan allen waarmee ik het genoeg heb gehad te mogen samenwerken in de afgelopen jaren. In de eerste plaats gaat mijn oprechte dank uit naar het Bestuur van de Katholieke Universiteit Nijmegen, de Raad van Toezicht van het Universitair Medisch Centrum Sint Radboud en de Raad van Toezicht van de Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie Oost-Nederland. Lijkt uit de tweede duiding van mijn metafoor al wie de ouders van het ACKJON zijn, dan lijkt de rol van peetvader weggelegd voor het Universitair Medisch Centrum Sint Radboud. Ik hoop oprecht dat de wens tot integratie levend binnen de drie organisaties ook in de toekomst tot tastbare resultaten zal leiden.

Mijn collega-kinder- en jeugdpsychiaters binnen de Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie Oost-Nederland en in het bijzonder het ACKJON wil ik dank zeggen voor de inspanningen gedurende vele jaren om binnen de beperkte kaders steun te geven aan een goede samenwerking. Ook het Clusterbestuur ZZO en de Vakgroep Psychiatrie dank ik voor goede samenwerking in de afgelopen jaren en de steun om de positie van de kinder- en jeugdpsychiatrie in Nijmegen van de grond te krijgen en de ontwikkelingen in de toekomst te versterken.

Medewerkers van het Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Oost-Nederland, ik dank jullie allen hartelijk voor de inspanningen door een ieder geleverd. Ik heb de samenwerking met jullie zeer op prijs gesteld. De ontwikkeling van het ACKJON lijkt nu in een stroomversnelling te zijn beland, wat helaas natuurlijk ook groeipijn veroorzaakt. Ik ben er echter van overtuigd dat door jullie goede inzet, vakbekwaamheid en enthousiasme de toekomst in goede handen is. Lon Stapelkamp ben ik dank en waardering verschuldigd voor de manier waarop zij mij gesteund heeft en bewondering voor de menselijke manier waarop zij de omgang met ernstig zieke kinderen en hun gezinnen in goede banen wist te leiden. Collega's in opleiding dank ik voor het vertrouwen getoond gedurende soms woelige jaren en ik zie met grote vreugde dat vele vacatures binnen de Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie Oost-Nederland en elders in onze regio door u vervuld zijn. Dames en heren studenten, hoewel de inbreng van de kinder- en jeugdpsychiatrie in de basisopleiding helaas niet altijd even groot was, bedank ik u toch hartelijk voor uw belangstelling voor mijn vak, vooral tot uiting komend in uw interesse en enthousiasme voor klinische en wetenschappelijke co-assistentenschappen.

Tenslotte wil ik graag mijn vrouw en gezin bedanken voor de steun en belangstelling voor mijn werk in den vreemde. Aan Victoria, Louisa, Willem en Frederik kan ik nu meer aandacht en tijd besteden.

Mijnheer de Rector, zeer gewaardeerde toehoorders, ik dank u allen van harte voor uw aanwezigheid en belangstelling.

Ik heb gezegd.

LITERATUUR

1. Vandeputte, J. et al : Uit de kinderschoenen..
Assen, van Gorcum, 2000.
2. Winnicot, D.W. : The maturational processes and the facilitating environment.
New York, International Universities Press, 1965.
3. Levine R. : Stimulation in infancy.
Scientific American, 202 : 80-96, 1960.
4. Curman, H. en Nylander, I. : A 10-year prospective follow-up study at the
Child Guidance Clinics in Stockholm.
Acta Paediatrica Scandinavica : supplement 260, 1978.
5. de Château. P. : Mortality and agressiveness in a 30-year follow-up study in
Child Guidance Clinics in Stockholm.
Acta Paediatrica Scandinavica, 81 : 472-476, 1990.
6. de Château. P. : A 30-year perspective follow-up study of 125 infants in
Child Guidance Clinics in Stockholm.
Infant Mental Health Journal, 12 : 116-125, 1991.
7. Diagnostische classificatie 0-3, (vertaling): manuscript, 2000.
8. de Château. P. : Longitudinal aspects of early parent-infant interactions and contacts
with Mental Health Agencies. In: WAIMH Handbook of Infant Mental Health,
(Osofsky and Fitzgerald, eds.) New York, John Wiley, 63-87, 2000.