

OVER DE KLINISCHE BEHANDELING VAN ONTWIKKELINGS- PSYCHOPATHIE BIJ KINDEREN

door G. MIK,

(Kinderpsychiatrische Universiteitskliniek te Groningen;

hoofd: prof. dr. Th. Hart de Ruyter)*

AICHHORN was de eerste, die bewust vanuit de psychoanalytische achtergrond de 'Verwaarloste Jugend' trachtte te helpen; al krijgt men wel de indruk, dat een vrij groot percentage van zijn patiënten verschijnselen toonden die wij nu als neurotische reacties zouden rubriceren (zoals ook PETER BLOSS, één van Aichhorns vroegere medewerkers aangeeft). Zijn benadering werd door FREUD zelf als intuïtief aanvoelen gekenschetst en werd voor een deel bepaald door zijn bijzondere persoonlijkheid. Veel ordening en theoretische doorlichting is in dit werk nog niet te vinden.

Aichhorns leerling FRITZ REDL was één van de voortzetters van deze experimenten en gaf er een sterkere structurering aan, beschreven in de monografie: 'Children who hate'. Hij behandelde de verwaarloosde kinderen klinisch, waarbij hij zorg droeg voor:

- a een geestelijk hygiënisch verantwoord klimaat (niet straffen, grote tolerantie),
- b een programma van activiteiten ter ondersteuning van het ego (ego-inforcement),
- c een klinisch exploiteren en eventueel bespreken van incidenten (life-space intervention).

De kinderen kregen dus géén individuele psychotherapie.

Nadien hebben meerdere instituten deze programma's verder uitgebreid. Wij noemen de poliklinische werkzaamheden van ALPERT en LAVERY en STONE, en de klinieken van EVEOLEEN REXFORD en HART DE RUYTER.

Over welke kinderen gaat het nu, wat zijn de gevolgen van de vroeg opgetreden psycho-toxische c.q. psycho-deficiënte invloeden op de persoonlijkheidsstructuur?

Uit de vele literatuur, die hierover na de tweede wereldoorlog is verschenen, en vooral door de ontwikkeling van de ego-psychologie, is hierover veel bekend geworden.

Wij denken aan de onderzoeken van Stirnimann, Bowlby, Bovet, Spitz, A. Freud, Bloss, Goldfarb, mevr. Lampl-de Groot, Kuiper en Hart de Ruyter.

Toch kan men niet zeggen, dat het steeds éénsluitende opinies en heldere beeldvormingen betreft. De vroege emotionele ontwikkelingen van het kind zijn bijzonder moeilijk te benaderen en de termen ontleend

* Grote dank is verschuldigd aan collega K. F. van Riet, zenuwarts (destijds assistent), voor zijn medewerking.

aan de neuroseleer schieten soms te kort om precies weer te geven wat bij deze ernstig gestoorde kinderen wordt waargenomen.

Veel onderzoek dient in dit opzicht nog te geschieden en veel vragen zijn nog niet volledig te beantwoorden. Desalniettemin willen wij trachten, met alle restricties, tot een omschrijving te komen van de meest voorkomende stoornissen, uiteraard van geval tot geval verschillend, afhankelijk van de constitutie, aard en tijdstip der laesie en eventuele andere variabelen.

EGO-STRUCTUUR

Het eerste denken wij dan aan ego-zwakke. Toch is dit niet geheel exact. Voor de meeste ego-functies moge dit gelden, voor enkele is bepaald het omgekeerde het geval. Men denke bijvoorbeeld aan het handige opportunisme bij de intelligente verwaarloosden, de soms fabelachtige motorische beheersing, de handigheid in het debatteren, het aanvoelen van de zwakke punten van de medemensen, het 'inzicht' als het ware in het onbewuste van de ander, de gewiektheid waarmede inconsequenties van de volwassene worden teruggekaatst.

Men kan dit eigenlijk geen 'zwakten' noemen. Beter lijkt het dan ook te spreken van *disharmonisch ego*.

Als wij dan de 'zwakke' facetten van het ego willen beschouwen, moet in de eerste plaats de onrijpheid hiervan worden genoemd. Dit veroorzaakt allerlei *archaische* angsten voor incidenten die rijpere ego-structuren niet verontrusten (onverwachte gebeurtenissen, geluiden, vreemde situaties).

Daarnaast komt onmiddellijk het *onvermogen tot het leggen van contacten* naar voren. Afhankelijk van de aard van de moeder-kind-relatie en het tijdstip waarop de stoornis zich voordoet, kunnen deze in navolging van HART DE RUYTER als volgt worden onderverdeeld:

- a de insufficiëntie tot relatiëvorming, waartoe ook het psychogene secundaire autisme behoort;
- b de narcistische relatiëstoornis (er was een moeder-objectbinding geweest, doch deze werd in de pre-oedipale tijd verbroken en het kind trok zich terug); het vijandig-agressieve, snel gekrenkte is kenmerkend voor de narcistische relatiëstoornis;
- c de ambivalente relatiëstoornis (als antwoord op een zwaar hysterisch neurotische moeder);
- d de symbiotische relatiëstoornis (als reactie op het in de steek gelaten worden of als afweer van de ambivalentie treedt een pathologisch sterke binding op van sterk tirannieke en narcistische aard, eerst met de moeder, later ook met andere objecten).

Hiermede dikwijls samenhangend treedt een scala van andere ego-afwijkingen op.

In rechtstreeks verband met de relatiëstoornis wordt *afwijzing* door-

lopend verwacht en — zo die niet geschiedt — *geprovoceerd*.

De *frustratie* en *angsttolerantie* zijn bijzonder laag.

Veelal is er een slechte *impulscontrole* en een domineren van het *lust-principe*.

De *synthetische functie* kan zich door de belemmering van de imitatie- en identificatieprocessen vaak onvoldoende vormen.

De *cognitieve functies* zowel ten aanzien van de buiten- als de binnenwereld ontwikkelen zich onvoldoende. De *gestoorde perceptie* uit zich niet zelden in een afwijkend lichaamsschema, omkeringen, foutieve ruimtelijke oriëntatie en een gebrek aan tijdsbesef.

Het onvoldoende appèl uit de buitenwereld fnuikt de ontwikkeling van het latent aanwezige *abstractievermogen*.

Daar ook de geheugenfunctie vaak niet optimaal is, blijft het intelligentieniveau vaak beneden normaal, ondanks in wezen normale potenties. De schoolprestaties zijn, afgezien van de aanpassingsproblemen, dienovereenkomstig slecht, een enkele keer door het lage intelligentieniveau, veelvuldiger door de gevolgen van de partiële defecten. Met dit alles samenhangend is de reality-testing meestal zeer gering.

AFWEERMECHANISME-FORMATIE

De afweermechanisme-formatie vindt wel plaats maar heeft veelal zodanige specifieke kenmerken, dat de aanpassing er meestal niet door wordt bevorderd.

Identificatie met de agressor, denial, projectie en isolering van het affect kan men het meest frequent waarnemen.

Daarnaast bestaat niet zelden wat Redl kwalificeerde als *sublimeer-doofheid*.

Vrijwel bij elke verwaarloosde vindt men door de vele krenkingen een, vaak al uit de orale fase stammend, sterk secundair narcisme. De almachtsfantasie welke soms *waanachtig* van kleur is, geeft door de botsingen met de realiteit steeds nieuwe krenkingen, conflicten en angsten, en vormt daar een vicieuze cirkel die de aanpassing tegenwerkt.

SUPEREGO-FUNCTIE

In tegenstelling tot wat wel gedacht wordt vindt men bij de verwaarloosden zeker wel een superego ontwikkeling.

Door gebrek aan objectrelatie wordt deze echter onvoldoende in de persoonlijkheid geïntegreerd, veroorzaakt wel schuldgevoel achteraf, maar bevordert de aanpassing niet. Integendeel, een onbewuste behoefte aan straf wordt er door bevorderd, te meer daar dit superego vaak sadistische trekjes heeft. Immers aan strengheid en verboden heeft het de verwaarloosde meestal niet ontbroken, zonder compensatie op affectief gebied. Daar de fantasieën van het kind in deze fasen primitief zijn, diffuus en weinig gericht, geven zij bij frustratie grote kwantiteiten diffuse agressie,

welke veelal op het kind zelf worden gericht, en het genoemde sadistisch karakter van het superego dus bevorderen. De schuldgevoelens zijn dan zo sterk, dat zij worden verdrongen en voor de buitenwereld gemaskeerd. Mede als gevolg van bovengenoemde relatiestoornissen vindt de vorming van het Ideaal-Ik onvoldoende plaats (geen objecten en onvoldoende affecties).

Mevrouw *Lampl-de Groot* stelde, dat door deze insufficiënte Ideaal-Ik-vorming onvoldoende compensatie voor de disharmonische superego-functie kan worden geboden. Dit kon door ons bij verscheidene verwaarloosden worden geconstateerd. Mogelijk wordt deze problematiek nog geaccentueerd door het boven aangeduide, zeer sterke secundair narcisme, dat zó vreemd aan de realiteit is, dat de Ideaal-Ik vorming, voor zover hieraan gecorreleerd, nog minder steun in de aanpassing zal kunnen geven dan alleen als consequentie van de gebrekkige affecties het geval zou kunnen zijn geweest.

GEVOLGEN VOOR DE DRIFT-CONSTELLATIE

(a) *Agressie*

Als gevolg van de relatiestoornissen verloopt ook de ontwikkeling van de agressie gestoord.

Er treedt geen gezonde fusie op of in bepaalde gevallen vindt geen defusie plaats van libido en agressie, waardoor men te maken krijgt met een gesexualiseerde destructieneiging, die naast vervulling van agressieve wensen ook nog libidineus bezet is en dus een bijzonder stempel drukt op het handelen van de persoonlijkheid.

Vooraf de orale en de anaal sadistische fase zijn in dit opzicht belangrijk. De agressie komt dan ongemodificeerd of verkeerd gemodificeerd (en zeer archaisch en diffuus gestructureerd) naar buiten en voert dikwijls tot een slechte adaptatie.

Denken wij dan nog aan de potentiëring van de agressie door de voortdurende en vaak toenemende frustraties en de functie van de agressie als angstaafweer, dan zal duidelijk zijn, hoe bij het minste of geringste explosies kunnen voorkomen, zeker bij de beschreven disharmonische ego- en superego structuur.

(b) *Libidineuze ontwikkeling*

Correlerend met bovenbeschreven verwrongen ontwikkelingen is de libidineuze groei meestal eveneens sterk geremd of gestoord. Daar de gewone intermenselijke bindingen insufficiënt waren, werden deze relaties te zeer gesexualiseerd, waardoor te veel angsten hieromtrent ontstonden met dus grotere mogelijkheden tot fixaties en regressies. Daarbij kan ook gesteld worden, dat stoornissen in hogere stadia van de ontwikkeling voeren tot stoornissen in die volgende fasen.

Laten we nu de theoretische beschouwingen verlaten en ons wenden tot de praktijk.

Wij wilden dit doen door de ziektegeschiedenis van een patiëntje nader te bekijken en aan de hand hiervan de werkwijze in onze kliniek (steunend op de ervaringen van bovenaangehaalde auteurs) nader toe te lichten.

Robbie Jansen, geboren 26-6-'59, was bij de opname in de kliniek 9.3 jaar oud. Robbie kwam vanuit een observatietehuis, waar hij verbleef omdat hij in een gewone inrichting voor kindbescherming niet was te handhaven.

Toen hij nog maar vijf maanden was, werd hij al opgenomen in een Rooms-Katholiek kindrhuis, omdat het huwelijk der ouders volledig was mislukt. Toen Robbie verwacht werd, besloot men tot echtscheiding. De moeder (van Duitse afkomst) wilde naar Duitsland terugkeren, weshalve zij een onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming aanvroeg, om na te gaan wat het beste met Robbie en zijn twee oudere zusjes (geboren in 1953 en 1954) kon gebeuren.

De Raad adviseerde ontzetting van de moeder en ontheffing van de vader uit de ouderlijke macht. Krachtens een toevertrouwing werd bovengenoemde plaatsing van Robbie en zijn twee zusjes in het katholieke kindrhuis gerealiseerd.

De ouders hertrouwden beiden en wezen Robbie *geheel* af. Vader vertrok na zijn tweede huwelijk naar Californië.

De moeder kreeg in het tweede huwelijk nog vier kinderen, maar wilde van de kinderen uit haar eerste huwelijk niets weten. Speciaal Robbie wees zij af, omdat zij in hem steeds de moeilijke vader zag. De vader kwam zelf uit een gebroken gezin en verbleef enige jaren in een kindrhuis. De moeder maakte een oppervlakkige, koele, weinig intelligente indruk.

Wat de levensgeschiedenis van Robbie zelf betreft: volgens de maatschappelijk-werkrapporten heeft moeder zich weinig aan hem gelegen laten liggen. Toen hij in het kindrhuis kwam zag hij er slecht verzorgd uit.

Over de graviditeit en de partus is niets bekend. De functie-ontwikkeling zou normaal geweest zijn. Alleen het zindelijk worden duurde lang. Tot aan de opname had hij nog last van enuresis nocturna. Hij was steeds een slechte eter en erg druk met praten, vroeg honderd uit en eiste veel aandacht op. Hij was snel driftig en sloeg er dan op los. Vermoedelijk is hij in een grote groep opgevoed en zijn er veel personeelwisselingen geweest. Aan één zuster was hij meer gehecht geraakt. Toen deze werd overgeplaatst (hij was toen drie jaar oud), namen de moeilijkheden toe. Met het ouder worden werd Robbie meer onhandelbaar en ongehoorzaam, driftiger en agressiever. Het contact met andere kinderen verliep redelijk, als Robbie maar de baas kon spelen. Op de kleuterschool was hij nauwelijks te handhaven. Toen hij zes jaar was, bleek hij niet schoolrijp te zijn en moest hij nog een jaar naar de kleuterschool.

Op de lagere school verergerde de situatie: ongedurig, ruziezoekend, impulsief, slechte prestaties. Van *ge-* of *verboden* trok hij zich niets aan. Met de leiding of onderwijzers had hij weinig of geen contact.

Uiteindelijk wist men niet meer hoe hem te hanteren en vroeg men plaatsing in een observatietehuis aan. Robbie onderging de overplaatsing weinig geëmotioneerd, alleen zijn duif, die hij achter moest laten, betekende voor hem een groot verlies. In het observatietehuis kon men hetzelfde beeld waarnemen. Bij strakke controle toonde hij een redelijk aangepast gedrag. Overigens was hij bijzonder ongeremd en lastig. Soms was hij angstig en ook nogal eens depressief. Zo zei hij eens: *'Ik ben bedroefd geboren.'* Op de vraag, wat hij daarmee bedoelde antwoordde hij: *'daar kun je niets aan doen.'*

Het *psychologisch* onderzoek aldaar leverde een Terman I.Q. van 91 op. Nog enkele aanhalingen hieruit:

'Hij is triest en lijdt er onder, dat hij bij niemand hoort. De ouders laten nooit meer iets van zich horen, maar Robbie idealiseert ze in zijn fantasie en bedenkt tegenover de buitenwereld excuses voor hun wegblijven. Hij durft geen bindingen meer te maken. De moraliserende opvoeding heeft geleid tot een overaccentueren van autoriteitsfiguren (God, politie). Deze zijn vreeswekkend door hun almacht en worden niet als geruststellend of beschermend beleefd. Zijn fantasiereactie is stiekem verzet en revanche. 'De man' komt in zijn wereldje nauwelijks voor, wel vrouwen, maar dezen zijn veelal angstaanjagend.'

Electro encefalografisch onderzoek: iets te veel bilaterale, synchrone activiteit, overigens niet duidelijk afwijkend.

Conclusie: een triest, zich afgewezen voelend, geretardeerd, affectief verwaarloosd inrichtingskind met relatiestoornissen.

Advies: Plaatsing in een pleeggezin van de Therapeutische Gezinsverpleging, na basisbehandeling in een kliniek.

Op 16 september 1965 kwam Robbie naar onze kliniek, vergezeld van de maatschappelijk werker van de voogdijvereniging.

Een schichtig, triest uitzierend manneke, keurig gekleed in een tricotpakje met een vlinderdasje.

Van de maatschappelijk werker trok hij zich niets meer aan. Hij rende onmiddellijk het huis door, was met iedereen direct de dikste vrienden. 'Wilde nooit meer weg.' Hij was zelfs lichtelijk verstoord toen hij zijn onderzoekingsstocht door het huis ('of er ook duiven waren') moest onderbreken om afscheid van de maatschappelijk werker te nemen.

Opvallend was (en dit sluit aan bij de ervaringen van Aichhorn) dat hij ondergetekende, die hem in het Observatiehuis bezocht en selecteerde voor de opnemings, vrij positief benaderde en ondanks het feit, dat ik mij op directe wijze niet zoveel met hem bemoeide, toch steeds als 'één van de redders uit de nood' zag. Het eerste contact schijnt toch wel van essentieel belang te zijn.

Na enkele weken verdwijnt de schijnaanpassing. Robbie wordt negativistisch; wil niet meer eten en smijt direct iets kapot als hij zijn zin niet krijgt.

Als Robbie twee maanden in onze kliniek is gaat hij zich wel iets beter thuis voelen, loopt zo nu en dan eens bij de creatief-handenarbeid therapeute binnen, is veel minder braaf ook op de school en blijkt in wezen geïsoleerd in de groep te staan.

Eén van de weinige contactpuntjes die hij heeft, ben ik zelf. Aardig kan dit geïlustreerd worden door het volgende voorval:

Robbie wil niet eten en de leidster zegt: 'Als je niet eet word je ziek; vraag het maar aan de dokter.'

Robbie komt naar mijn kamer. 'Is dat zo, als je niet eet, word je dan ziek?'

Antwoord: 'Als je heel lang achter elkaar niets eet, kun je ziek worden.'

Robbie: 'Kun je dan ook dood gaan?'

Antwoord: 'Als je het heel lang volhoudt wel.'

Robbie: 'Geeft niks, ik wil graag dood.'

Antwoord: 'Waarom?'

Robbie: 'Ik heb niemand die om me geeft, niemand zal er om huilen.'

Antwoord: 'Wij zouden het toch wel heel erg vinden.'

Robbie slaat zijn arm om mijn hals: 'Jij bent ook mijn vriendje.' En gaat naar de groep om, zij het aarzelend, te gaan eten.

In december 1965 (als hij dus drie maanden in de kliniek is) begint Robbie met het leggen van oppervlakkige relaties. Eerst buiten, later ook iets binnen zijn eigen groepsleiding. Soms toont hij een zeer negatief gedrag. Bij het creatieve spel speelt hij vaak Indianenrollen, bij de creatieve handenarbeid wil hij graag vuurtjes stoken, houtskool branden, emaileren e.d. Zo nu en dan zegt hij: 'Ik hoef hier nooit meer weg hè?'

Nu wij dit aarzelende begin van relatievorming in huis zien, durven wij het ook

aan de *speltherapie*, waarin zijn problematiek in geconcentreerde vorm aan de orde zal komen, te laten beginnen. (Doet men dit te vroeg, dan deinzen deze kinderen uit angst voor de relatie vaak terug, en sluiten zich geheel af).

De therapie geschiedt door een assistent, tweemaal per week (hij protocolleert nauwkeurig, en laat zich geregeld superviseren). Het lijkt nu het meest instructief de therapie in haar verloop te volgen, waarbij zo nu en dan de gang van zaken in huis met die van de therapie zal worden vergeleken.

13 januari 1966: Op deze datum begint de (mannelijke) therapeut. Robbie is zeer afwerend. Hij voert soms beangstigende diertaferelen op, zoekt daarna steeds weer het veiligheid en warmte biedende 'bontje'. Opvallend is zijn groot gebrek aan ruimte- en tijdsbesef.

Dit gaat zo enkele weken door.

28 januari: Robbie zegt graag vuurtje te willen gaan stoken, hij tracht de therapeut schrik aan te jagen met woeste dieren.

31 januari: Gaat nu vuurtje stoken; wordt er zeer angstig bij. Zoekt erna contact met de therapeut. Wil tot slot van het uur als een baby door de therapeut naar binnen worden gedragen. (Wat de therapeut doet).

3 februari: Robbie neemt de hond van de burens mee naar binnen. Speelt, dat hij en de therapeut de hond ophitsen. Als de hond dan begint te grommen, moet de therapeut Robbie beschermen. Robbie drukt zich dan stijf tegen de therapeut aan, als het ware geëxcuseerd door 'die gevaarlijke hond'. Zegt dan plotseling (met de handen op de tafel van de therapeut): 'ik vermoord je'.

Informeert aan het einde van het uur, hoeveel kinderen de therapeut heeft.

Hier is vermoedelijk sprake van archaische angsten als gevolg van het onrijpe ego, plus angst voor de relatie met de therapeut. Na enig experimenteren durft hij vanuit de actuele spelsituatie, bijvoorbeeld via de steunzinking voor de zgn. bedreigde hond, aarzelend enige relatie aan. Als hij enige relatie durft te leggen, vindt ook regressie naar de oraal-receptieve fase plaats.

Inmiddels zoekt Robbie *in de kliniek* contact met nu eens die, dan weer deze leidster of leider. Hij gedraagt zich soms zeer provocerend en toont vaak een duidelijke strafbehoefte. Het valt iedereen op hoe slecht deze jongen georiënteerd is op de gebieden van ruimte en tijd en hoe slecht zijn beeld is van de realiteit. *Op de school* toont hij een grote aversie tegen het werk; hij moet er steeds bijgehaald worden. In het *creatieve spel* moet hij sterk elke veiligheidsbiedende situatie afweren.

10 februari (vervolg speltherapie): Robbie steekt met een mes in een beertje. 'Beertje moet dood.' Robbie snijdt zich: 'Dit is straf.' Aan het eind van het uur wil hij door de therapeut gekieteld en naar de kliniek gedragen worden (wat deze doet). — Dit thema herhaalt zich enkele keren.

De agressie t.a.v. de ouders, die hem in de steek lieten, komt nu in het spel naar voren. Er blijkt een heftige archaische superego-problematiek te bestaan, gekleurd door de godsdienst (angst voor de hel e.d.). Deze agressie wordt op de therapeut overgedragen. Is dit alles geuit en stort zijn wereld niet in, d.w.z. blijft de therapeut hem accepteren, dan regredieert hij naar het oraal-receptieve stadium (moet naar de kliniek gedragen worden etc.).

15 februari: Begint over zijn ouders.

'Ze willen me niet thuis hebben' — 'Vuilerikken, hoeren.' Grote emotie! — Spel: twee grote vader- en moederberen + een teddybeertje. De ouderberen vermoorden elkaar. De teddybeer gaat dood; wordt verbrand, vernietigd. Robbie zegt: 'Ik ben stout, ik plas 's nachts in bed, ik stook vuurtje, daarom moest ik weg.' Brandt zichzelf: 'Hellevuur, God straft mij.' Wil door therapeut gedragen worden en wil niet, dat deze weggaat. Dit soort scènes herhalen zich enkele keren. Robbie gaat steeds maar tijd rekken. Therapeut: 'Je vindt het vervelend, dat het uur om is.' Robbie gooit een melkfles om.

17 februari: De therapeut moet een keer overslaan. Robbie is de volgende keer boos. De therapeut zegt, dat Robbie het kennelijk vervelend vond, dat hij de vorige keer niet kwam. Robbie: 'Ik kon wel een beetje huilen.'

De therapeut moet dan met een beer spelen. 'Ik ben erg kwaad op vader en moeder.' 'Ik zal ze wel vermoorden.' Vermoordt de beer. Zegt plotseling 'tiet'. Therapeut: 'Wat bedoel je?' Robbie vraagt over het drinken van baby's. Zuigt overal aan. Eet een rolletje drop achter elkaar op. Wil gedragen worden. Dit soort scènes herhalen zich enkele keren, waarbij Robbie gevaarlijke emotionele situaties opvoert, en tot slot moet zuigen, snoepen c.q. gedragen worden.

De relatie met de therapeut is zich duidelijk aan het ontwikkelen, zij het nog voornamelijk van een vragend karakter. Het over en weer ontbreekt nog. Tot slot van het 'gevaarlijke' manipuleren met de relatie vlucht Robbie steeds in het oraal-receptieve gedragspatroon.

25 februari: De therapeut heeft griep gehad. Robbie zegt dat hij erg verdrietig geweest is, eerst boos. De therapeut zegt dat hij zich goed kan voorstellen dat Robbie teleurgesteld was, maar Robbie vindt het kennelijk wel erg moeilijk boos op hem te zijn. Robbie laat zich dan wat knuffelen. Hij brengt de boosheid op zijn ouders. Komt weer terug op zijn boosheid op de therapeut. Wil aan het eind van het uur geslagen worden (wat uiteraard niet gebeurt).

In de kliniek zien wij nu een *begin* van relatievorming met één leidster. Zij mag hem naar bed brengen en kusjes geven (de anderen mogen dit echter niet zien). Als de leidster thuis is, wil hij haar graag 's avonds even opbellen. *Op school* wordt hij iets positiever in zijn werkingstelling.

In de *creatieve handenarbeid* staat het vuur minder op de voorgrond. Hij wisselt werken met zachte versierende materialen steeds af met houtbewerking met grote zagen en beitels.

4 maart: Robbie gaat de therapeut kleineren en dirigeren. De therapeut laat zich dit welgevalen. Dit herhaalt zich een aantal keren. Dan geeft Robbie de therapeut voor het eerst een zoen.

Daarna is hij weer een aantal keren 'klein kindje'. Hij snoept dan bijzonder veel. Hierna wordt hij weer meer afwerend. Soms chaotisch; de therapeut moet meer en meer rollen gaan spelen, waarbij hij zelf gedood wordt.

Er komt iets van wederkerigheid in de relatie met de therapeut. Verder brengt hij duidelijk zijn problemen rond de almachtsfantasieën.

20 maart: Robbie wordt verbaal agressief t.a.v. de therapeut. Ook soms een begin van hand tastelijkheid, maar het meest uit hij de agressie via het materiaal van de speelkamer. 'Ik ben zo kwaad, omdat je alsmaar aan mij komt.'

27 maart: Robbie wil de trouwring van de therapeut. Als dit niet gaat, knipt hij de schoenveters van de therapeut kapot. Meer en meer wordt hij openlijk agressief t.a.v. de therapeut (het uiten van de agressie heeft kennelijk geen afwijzing tengevolge, ervaart Robbie). Steeds zoekt hij nadien lichamelijk contact, vaak wil hij gedragen worden.

Er is kennelijk sprake van fusie van de agressie in de libidineuze objectrelaties. De ongebonden objectloze archaische agressie is duidelijk minder aanwezig.

Enkele weken achtereenvolgend gaat dit zo door: agressie uiten in het spel, soms concreet, dan weer hulpzoekend. Vaak ook komen almachtsfantasieën naar voren. Met Pasen zijn vrijwel alle kinderen naar huis. Robbie is alleen, de therapeut vindt dit zielig en haalt hem af voor een autotochtje samen met zijn dochtertje. Zoals te verwachten was, loopt dit op een fiasco uit. Onderweg wordt Robbie agressief en schopt heftig tegen de autostoelen.

Moeizaam komt hij de volgende keer naar de therapeut. Hij voert dan het volgende spel op: Robbie is de majesteit. De therapeut moet de wilde stier zijn. Robbie triomfeert. De koning moet dan dood. Het publiek moet dan roepen dat de koning moet blijven leven, dat de koning wel eens boos was, maar dat dit wel mocht en dat de koning toch goed was. Alzo geschiedde. Daarna wilde de keizer dat de koning toch dood moest; het volk schreeuwde echter, dat de keizer dood

moest (hij was oneerlijk en te streng). Het hoofd van de keizer werd afgehakt. Het volk juichte. Later ging de koning echter ook dood ('hij was te moe').

20 april: Na een rustige spelsituatie betuigt Robbie zijn spijt over het gebeurde op Pasen. Hij zegt dat hij jaloers op het dochtertje was. 'De volgende keer wil ik alleen mee, ik wil je helemaal alleen.'

De volgende keer volgt dan ook een privé autotochtje voor Robbie.

Er is nu duidelijk sprake van een over en weer relatie met de therapeut. Agressie en libido zijn meer gefuseerd. De ego-functies groeien, met name de reality-testing is veel beter, hij kan zijn impulsen beter beheersen en de almacht-fantasieën kan hij zo nu en dan loslaten. De realiteit bezorgt hem wat dát betreft nu duidelijk minder krenkingen.

In de kliniek consolideert zich de relatie met de leidster. Hij begint te praten over zijn gebrek aan achtergronden en zijn eenzaamheid. Bij de creatieve handenarbeid begint hij cadeautjes te maken voor de leiding, hij brengt ook iets van zichzelf in de (prille) relaties.

29 april: Robbie wordt nu gericht boos op de therapeut. Hij gebruikt het meubilair daarbij. De therapeut verhindert deze agressie-uitingen alleen als Robbie werkelijk pijn gaat doen. Ook deze reële agressie wordt geaccepteerd. Vrijwel steeds moet Robbie aan het eind van het uur gedragen worden.

4 mei: Robbie stookt een vuurtje, smeert de therapeut in met verkoold papier. Gooit hem de bril af. Komt op Pasen en het tochtje met diens dochtertje terug. Wordt weer boos op de therapeut. Is boos dat de therapeut het uur afbreekt, werpt hem echter toch wel vrolijk een dropje na.

Dan volgt er een zeer dramatische situatie. Er is een staffbespreking. Plotseling zien wij uit de apart staande barak (waarin twee schoollokalen, de kamer van de maatschappelijk werker, de spel- en creatieve handenarbeidkamer) een rookwolk opstijgen. In vijf minuten staat het gehele gebouw in lichter laaie.

Angstige en huilende kinderen, huilende leidsters, verwarde pedagogen, nerveuze psychiaters en een sombere ziekenhuisdirectie zien toe, hoe de brandweer de schamele resten tracht na te blussen. Robbie is geheel overstuur en roept steeds: 'ik heb het niet gedaan, ik niet!'

Wat was er nu gebeurd? De onderwijzeres was onwel geworden en had de kinderen even aan hun lot overgelaten. Enkele kinderen, o.a. Robbie hadden daarna van de gelegenheid gebruik gemaakt om in de spelkamer een vuurtje te stoken en dit, naar hun zeggen, ook weer uitgedoofd. Verder hadden diverse voorwerpen wat dicht bij de brandende gaskachels gestaan. De juiste oorzaak van de brand is nooit helemaal duidelijk geworden. Robbie beleefde echter sterke schuldgevoelens ten aanzien van zijn eventueel aandeel in het gebeurde.

Vermeld dient nog te worden, dat de creatief-handenarbeid therapeute, op wie Robbie erg gesteld was, die ochtend tegen hem had gezegd dat zij wegging, omdat zij ging trouwen. Robbie was hier boos en teleurgesteld over, evenals nog steeds over het gebeurde met de therapeut met Pasen. Innerlijk zat hij dus vol met agressie t.a.v. de volwassenenwereld rondom hem. Geen wonder, dat toen deze door de brand aangetast werd, hij zich mede schuldig voelde.

De recherche kwam en wilde graag de onberekenbare fantasie van deze kinderen aannemen. Zij verhoorden hem op psycho-hygiënisch zeer verantwoorde wijze. Voor Robbie zelf was het een enorme ervaring, dat na iets dergelijks noch de politie, noch de leiding, noch zijn therapeut boos op hem was, en het ongelukselement volledig werd geaccepteerd.

5 mei: In de therapie ontwijkt hij eerst het gesprek hierover, zelfs bleef hij enkele keren weg. Daarna vertelt hij, dat hij zich mede schuldig acht. Als de therapeut niet boos schijnt te worden gaat hij verder: 'Heleen gaat trouwen. Ben jij ook getrouwd?' Aan het eind van het uur wil hij weer gedragen worden.

23 mei: Agressie t.a.v. de therapeut en aanhankelijkheidsbetuigingen wisselen elkaar af. Was hij eerst agressief t.a.v. de therapeut via het meubilair, nu wordt hij het ook rechtstreeks. Schopt hem tegen de benen en trekt hem aan de haren.

In de kliniek gaat hij er steeds slordiger bij lopen. Hij beleeft het als iets 'geweldigs', dat men 'ondanks de brand' hem blijft accepteren. Komt steeds meer tot relatievorming. De 'basic trust' is door de acceptatie na het grote ongeluk sterk toegenomen.

19 juni: Robbie viert zijn verjaardag met zijn therapeut. Hij neemt een vriendje mee. Al het bezit van zijn therapeut is groter, beter en sterker dan dat van de therapeut van het vriendje.

De therapeut gaat de volgende week met vakantie. Robbie kan zeggen, dat hij er boos om is. Hij kan bijna geen afscheid nemen, de therapeut moet zich bijna losscheuren.

Er is hier sprake van een begin van identificatie met de therapeut.

19 juli: Na de vakantie loopt Robbie tweemaal weg van therapie. Zijn boos zijn over de vakantie wordt daarna geduid. Zegt: 'Ik heb ook niemand.' Robbie wil aan- en uitgekleed en gedragen worden.

In de kliniek gaat Robbie meer normale contacten leggen. Hij toont een redelijk aangepast gedrag. Op school gedraagt hij zich eveneens rustiger, werkt hij met de onderwijzer beter en komt zelfs tot zekere prestaties. In het creatief-spel is hij steeds 'de grote jager' en 'de machtige tovenaar'.

In de therapie is hij hierna afwisselend agressief en aanhankelijk.

25 augustus: Robbie noemt de therapeut 'rot hoer'. Moeder zou hij 'ook wel kapot kunnen maken'. Brengt veel boosheid en is vaak de almachtige, onkwetsbare, zich onzichtbaar-kunnen-makende boef.

In de kliniek is hij nu bang, dat de relaties die hij legt, weer verbroken kunnen worden. (Er zijn veel personeelsvakanties). Toch verdraagt hij allerlei veranderingen in de groepssamenstelling en de opneming van nieuwe kinderen zeer goed. Op school maakt hij nu samen met de onderwijzer zijn werk af.

In het creatief-spel is hij nog steeds de geest, die macht heeft over iedereen.

25 september: Robbie begint met de therapeut over zijn vader. 't Is een grote man, die de therapeut 'gemakkelijk kapot kan maken'. Hij ontkent dat hij boos op zijn vader is over het in de steek laten. Speelt dan: Robbie is Jan, de therapeut is de vader van Jan. Jan vraagt: 'Kom je me afhalen?' Jan zegt: 'Andere vaders komen hun zoons afhalen, jij komt nooit.' Jans vader weet niet of hij direct kan komen. Jan is boos. Noemt de therapeut een rotvent. Laat toch duidelijk merken op aanhalen en stoeien gesteld te zijn. Kan daarnaast nu in alle rust zeggen de therapeut een rotvent te vinden en hem graag kapot te willen maken.

De afweermechanismen: denial, projectie en identificatie met de agressor worden meer achterwege gelaten. Zo nu en dan komt Robbie duidelijk tot sublimeren. Hij kan beter verbaal zijn problemen brengen, ook t.a.v. zijn ouders. De synthetische functie van het ego groeit, de perceptie verbetert sterk (wat ook duidelijk op de school blijkt).

De bescherming die de almachtsfantasieën samenhangend met het secundair narcisme bieden, wordt soms verlaten voor de steun die de almachtige vader c.q. therapeut hem biedt. Soms is er een spoorje opbouw van het eigen Ideaal-Ik waarneembaar.

26 september: 'Waarom kom je me 's zaterdags en 's zondags nooit halen?' Hij plast demonstratief. Speelt een pistoolspeel. Schiet de therapeut blind, zijn neus en tanden, benen, penis-anus... Alles weg. Een politieagent constateert de dood. — Dit spel herhaalt zich enkele keren. Hij wordt hierna rustiger. Robbie kan zeggen, dat de therapeut een rotvent is, maar ook, dat dat niet alleen zo is, doet ook vaak aanhalig lief.

Hoefst minder aan het eind van het uur gedragen te worden.

In de kliniek is Robbie vrijwel nooit meer incontinent, hij verdraagt beter frustraties. Het contact wordt meer 'open'.

Op school heeft hij minder angst het niet te kunnen. Er is een duidelijk groeiend taalbegrip. In de taal maakt hij minder fouten. Zijn besef van de wereld om hem heen is veel reëler geworden.

De therapeut is inmiddels een week met vakantie.

10 oktober: Bij terugkomst is Robbie openlijk agressief. Trapt en begint intens te bijten. De therapeut zegt, dat hij boos is over zijn afwezigheid. Aan het eind van het uur is het weer gezellig.

13 oktober: Zegt behalve op zijn moeder ook boos op zijn vader te zijn. 'Als ik zo groot ben als jij, gaf ik hem flinke klappen, midden in zijn gezicht. Waarom ging hij weg?' Huilt woedend. (De vader was eerst de 'geweldige', nu is hij vernietigd en komt de boosheid).

In de agressie t.a.v. de therapeut (waarbij hij vaak bijt) is steeds een onderton van positieve affectie aanwezig.

21 oktober: Robbie heeft gezellig met de therapeut in een cafetaria diens verjaardag gevierd.

De relatie met de therapeut groeit; berust zeker niet alleen op overdracht, maar ook op 'binding'. Er is sprake van een duidelijke wederkerigheid. Opvallend is, dat Robbie niet meer incontinent is en ook verder minder regredieert naar de oraal-receptieve fase. Wel komen in de therapie steeds meer oraal-agressieve tendenties naar voren; eerst gepaard gaande met veel angst, later meer zonder. Simultaan hiermede verdwijnen de *eetproblemen* en werkt Robbie zelfstandig en actiever *op school*.

In de kliniek geeft Robbie een vrij goed contact. Opvallend is, dat de eetmoeilikheden nu geheel tot het verleden behoren (het kauwen van vlees kostte hem tevoren veel moeite). Een vertegenwoordiger van de Voogdijvereniging kwam eens op bezoek en maakte een schertsende opmerking door te zeggen: 'zal ik je meenemen naar een ander huis?' Robbie wordt woedend en zegt: 'Rotvent, nu heb ik eindelijk een plek, waar ik me gelukkig voel.'

Op de school sluit hij zich nog weinig bij de groep aan. Hij begint aarzelend ook alleen actief te werken.

Bij het *creatief-spel* kiest hij steeds voor 'almachts'rollen. In de *creatieve handenarbeid* wil hij graag zijn fantasie uiten, maar hij kan deze nog weinig vorm geven. Hij produceert meer alledaagse voorwerpen.

26 oktober: Robbie wil weer naar de cafetaria. De therapeut zegt: 't Zou wel fijn zijn, als we altijd dingen konden doen, die plezierig zijn. Jammer dat dit nu eenmaal niet gaat.' Robbie verdraagt deze frustratie.

Ook snoept hij veel minder. Plast demonstratief in de wasbak. Dit soort scènes herhalen zich enkele keren. Ook moet hij dan een enkele keer aan het einde van het uur weer gedragen worden.

4 november: Robbie gaat enorm knoeien met verf. De therapeut moet meedoen en aan het einde van het uur hem helpen zich te wassen. Tot slot volgt weer een demonstratie plassen.

De frustratietolerantie neemt toe, zijn impulsen kan hij beter beheersen. Ook valt op, dat de libido-ontwikkeling duidelijk op gang komt (anale- en fallische tendenties). De ernstigste pathologie beperkt zich grotendeels tot de therapeutische situatie.

In de kliniek gaat hij steeds beter eten, ziet er lichamelijk gezonder uit. Gedraagt zich als een leuke kwajongen, gaat zijn zakgeld sparen (een hele gebeurtenis in de behandelingskliniek) en vraagt veel minder om snoep.

Op school loopt hij weinig weg, werkt veel beter en regelmatig.

16 t.m. 23 november: Robbie voert een spel op: De therapeut moet heks en opoe zijn, deze moet dreigen. Robbie wordt angstig. Hij plaagt opoe, schopt en vernedert haar, bijt ook veel. Wordt dan angstig. Dit herhaalt zich een aantal keren. Op den duur wordt hij minder angstig.

30 november: Robbie gaat steeds meer over de gewone dingen van het leven praten. Hij bijt en slaat minder. De afhankelijkheid lijkt openlijker en minder bedreigend. Robbie klievert veel, waarbij de therapeut moet assisteren. Hij zoent spontaan bij het afscheid. Zo nu en dan wil hij nog graag eens gedragen worden.

In de kliniek komen nu weinig ruzies meer voor met de andere jongens. Hij pleegt veel kattenkwaad, maar komt er openlijk voor uit. De maatschappelijk werker van zijn voogdijvereniging heeft een 'zondagsadres' in het westen van het land voor hem gevonden, wat ooit eens een pleeggezin zou kunnen worden. Als zodanig is het niet bij Robbie geïntroduceerd, maar hij beleeft dit er wel een beetje in. Gedraagt zich aangepast bij een bezoek aan dit gezin en wil graag nog eens terugkomen.

Op school vallen zijn toenemende prestaties op.

9 december: Robbie begint over het vroeg kaal worden van zijn therapeut. 'Misschien ben je wel eerder dood dan ik, en wie geeft mij dan therapie?' — 'Ik hoef hier pas weg als ik zelf wil, maar hoe moet het dan met de therapie?' (Het zondagsgezin wordt kennelijk toch als iets dreigends beleefd. Robbie is bang zijn therapeut in de steek te laten of zelf in de steek gelaten te worden). Opvallend is in deze weken dat de therapeut niet meer zo gekleineerd wordt. Magische spelen komen minder voor.

19 december: De therapeut is tweemaal te laat. Robbie excuseert hem zelf. Blijkt toch wel boos te zijn. Zegt: 'Het is zo moeilijk boos te zijn op iemand die je lief vindt!'

21 december: Robbie durft zijn almachtsfantasieën in toenemende mate relatief te stellen. Toont in het spel meer en meer de neiging tot een gezonde concurrentie met de therapeut.

Het is niet helemaal duidelijk of hier sprake is van een pre-oedipale dan wel van oedipale concurrentie met de therapeut. Vermoedelijk beide. In elk geval blijkt de libido-ontwikkeling sterk op gang te zijn gekomen en de ego-structuur is zeer verbeterd, eigenlijk wat alle facetten betreft.

In de kliniek blijft Robbie zich goed aanpassen.

Op school komt hij nu vaak, na in het begin van de dag wat autoriteitsverzet te hebben getoond, tot behoorlijke prestaties.

In het creatief-spel speelt hij voortdurend de rol van 'Batman'. In tegenstelling tot de andere kinderen, die zich vaak geheel in de gevaarlijke almachtsavonturen van deze televisieheld verliezen, weet Robbie er distantie van te nemen, wordt hij er niet opgewonden door en blijft het 'spel'.

Tot zover over de therapie van Robbie. Bij de opneming in onze kliniek vond een *psychologisch onderzoek* plaats met de volgende uitslag: Intelligentie-quotiënt (S.O.N.) 107 met weinig spreiding.

Bij de organische tests beneden gemiddelde prestaties, spiegelbeelden, omkeringen. Affectief: een grote behoefte aan geborgenheid en een beleving van de buitenwereld als angstaanjagend.

Bij de *herhaling van het psychologisch onderzoek na ruim een jaar behandeling* bleek het intelligentie-quotiënt (S.O.N.) 96 te bedragen. Volgens de psycholoog vermoedelijk mede het gevolg van een minder braaf en niet zo schijn-aangepast testgedrag.

De prestaties op de organische tests waren veel beter, een enkele omkering kwam nog voor. Het projectieve materiaal was duidelijk veranderd. De buitenwereld bleek minder angstaanjagend te wezen. Het meest opvallend was, dat veel afweerfaçades waren doorbroken. Orale en agressieve impulsen kwamen voor.

De agressie werd geuit in vriendschapsrelaties en in een geaccepteerde rivaliteit. Daardoor is zij veel minder bedreigend geworden voor Robbie. Om een voorbeeld aan te halen: in de eerste sentence-completion kwam als orale tendentie alleen (en braaf) naar voren: 'ik houd van brood'. De tweede keer was het onderwerp van bijna de helft van alle antwoorden annex aan snoep. Culminerend in: 'als ik groot ben, word ik snoephandelaar'.

Zowel klinisch als psychologisch is er bij Robbie dus een evidente vooruitgang te constateren. Het zal echter ook wel duidelijk zijn, dat het nog een zeer gestoord jongetje betreft, dat nog geruime tijd behandeld zal moeten worden; eerst klinisch en later vermoedelijk in het kader van een therapeutisch pleeggezin. De pre-puberteit zal waarschijnlijk de kritieke fase worden, waarin zal blijken of de ego-structuur voldoende versterking heeft gekregen om ook een toekomstige reële adaptatie te verwachten.

Het zal U inmiddels zijn gaan interesseren op welke wijze de kliniek functioneert, hoe de diverse vormen van therapie worden gegeven en welke doelstelling hierbij voorstaat.

Wat dit laatste betreft kan worden opgemerkt, dat het een bekend ervaringsfeit is, dat niet-directieve therapeutische technieken bij kinderen met een zwakke en disharmonische ego-ontwikkeling weinig succes hebben, ja, zelfs nadelig werken of tot desintegratie voeren. Ons doel zal dus moeten zijn eerst dit disharmonisch functionerende ego te harmoniseren en versterken.

Gezien datgene, wat in de literatuur wordt aangegeven als ego-disfunctie, voorkomende bij vroeg opgetreden affectieve verwaarlozing, dienen wij daartoe te bevorderen:

- a de 'basic trust',
- b vanuit deze 'basic trust' het leggen van objectrelaties, vaak gepaard gaande met het afbreken van de façade-vorming,
- c tijdens dit proces het verschaffen van ego-supporting *waar en wanneer* nodig,
- d ego-reinforcement als het ego daar rijp toe is,
- e ombuiging van de primitieve 'oneconomische' afwaarmechanismen (zoals denial, projectie, en identificatie met de agressor) naar minder laederende, zoals bijvoorbeeld sublimatie,
- f afzwakking van de vaak sadistische super-ego functie,
- g idem van het meestal zeer sterke secundair narcisme,
- h bevordering van imitatie en identificatie,
- i fusie c.q. defusie van de agressie en in gang zetten van een gezondere libidineuze ontwikkeling als gevolg van de nieuwe objectrelaties en de therapeutische maatregelen.

HOE IS DIT DOEL TE BEREIKEN?

Sommigen (bijvoorbeeld LAVERY en STONE) trachtten dit te doen via verschillende vormen van psychotherapie, terwijl het kind in een pleeggezin verbleef dat deskundig werd begeleid.

In een incidenteel geval moge dit uitvoerbaar zijn, meestal zal dit niet kunnen worden gerealiseerd.

Vaak zal het ego zóveel steun nodig hebben en is de 'acting out' van het kind dusdanig, dat klinische behandeling niet te vermijden is. BETTELHEIM, REDL, KRUG, RABINOWITCH en HART DE RUYTER hebben dit dan ook nadrukkelijk naar voren gebracht.

Eerste doel is dus de verwerkelijking van de zgn. 'basic trust' om de opbouw van de persoonlijkheid dáár te beginnen, waar de disharmonische ontwikkeling begon.

De eerste fase van behandeling in de kliniek is dan ook de verschaffing van een klimaat, waarin de 'zuigeling zou kunnen gedijen'. Maar het gaat hier niet over zuigelingen, maar over kinderen die sommige facetten van hun persoonlijkheid al behoorlijk hebben ontwikkeld. En het handje van de zuigeling, dat de moeder in het gezicht duwt, is wel iets totaal anders dan de schoen van de 11-jarige, die de leidster tegen het scheenbeen schopt.

Toch dient deze agressie getolereerd te worden, of beter gezegd: het kind-dat-zich-agressief-gedraagt dient getolereerd te worden, hoe erg dit ook moge zijn, en het is vaak erg gezien de enorme kwantiteiten agressie, die boven komen als gevolg van de vele levenservaringen, vol van frustraties.

Men laat het kind dan begaan om het zoveel mogelijk te laten regrediëren, zonder dat prestaties gevraagd worden. Zijn essentiële behoeften: oraliteit, motorische expansie, doch vooral geborgenheid en veiligheid moeten zo weinig mogelijk gefrusteerd worden. Dit gaat door, tot het kind zich veilig voelt in de kliniek.

Daarna gaat het kind iets van relaties leggen, zij het zeer wisselend, meer gericht op de totale leefsituatie en met een sterk narcistisch bepaald doel. Op den duur gaat de relatievorming zich meer richten op bepaalde personen en komt er meer wederkerigheid in het spel. De angst, die dan vaak optreedt, is een angst voor relatieverlies, meer persoonlijk gericht dan de blinde diffuse archaische angst uit de eerste periode. Beide vormen van angst uiten zich veelal in agressie, de tweede meer massaal-diffuus, de eerste meer concreet persoonlijk gericht.

Is deze fase doorlopen, dan kan gewerkt worden aan de ego-reinforcement. Hierbij dient nog te worden opgemerkt dat deze ego-versterking eigenlijk ook al in de 'security-fase' begint. De scheiding in fasen is uiteraard kunstmatig.

Deze ego-reinforcement dient met grote omzichtigheid te geschieden in nauwe samenwerking tussen de diverse specialisten. Daar ook de gewetensvorming (vooral wat de Ideaal-Ik factor betreft) zich verder voltrekt, zullen voor het kind nieuwe problemen over het gedrag in het verleden, ambivalenties, concurrenties en dergelijke rijzen (d.w.z. vaak in de vorm van angsten c.q. agressies naar buiten komen), waardoor het soms schijnt alsof het kind weer terugvalt.

Gelukt het het kind ook deze fase te laten doorlopen, dan kan aan een steeds sterkere confrontatie met de buitenwereld worden gedacht.

Méér eisen kunnen worden gesteld, het kind gaat naar clubs, eventueel

naar een school buiten de kliniek of naar een werkgever. Dan kan ook worden overwogen het kind te plaatsen in een therapeutisch pleeggezin (d.w.z. een geselecteerd gezin met p.s.w. begeleiding) en met voortzetting van de psycho- en eventuele andere therapieën. Opgemerkt moge worden dat ook een ontslag op het juiste moment belangrijk is. Als regel moet dit vóór het hoogtepunt van de puberteit plaatsvinden na een verpleging van 2 à 4 jaar. Te langdurige verpleging geeft fixatie aan het lustprincipe, aan bepaalde gedragspatronen die een resocialisering nauwelijks meer mogelijk maken.

Niet zelden moet dan nog een neurose-behandeling het geheel afronden. Zoals reeds gezegd, kan gesteld worden, dat stoornissen in de vroege stadia voeren tot stoornissen in de volgende.

Tot zover in vogelvlucht de gang van zaken in de behandelingskliniek van de Kinderpsychiatrie in Groningen.

Het is misschien goed nu nog op enkele details in te gaan. Vooral in deze eerste fasen, maar eigenlijk gedurende de gehele behandeling worden aan het personeel bijzonder hoge eisen gesteld; onder personeel verstaan wij dan iedereen van tuinman tot en met de beleidspsychiater. Het klimaat van de 'tender loving care' (van Langford) is niet zo eenvoudig te realiseren.

De strijd wordt dan ook op vele fronten gestreden.

Op een bezetting van 12 kinderen bestaat de formatie uit:

1 orthopaedagoog, 2 assistent-orthopaedagogen, 19 groepsleid(st)ers, 3 huishoudelijke hulpen, 1 tuinman, 1 creatieve handenarbeidtherapeute, 1 creatief-spel therapeut, 1 maatschappelijk werkster, 1 secretaresse (notuliste coördinatrice), 2 onderwijzers (op 11 kinderen) en meerdere psychotherapeuten van buiten, daarnaast 1 counselor voor het personeel en een dirigerend psychiater (die zelf geen therapieën doet).

Het grote probleem is voor het personeel de verbale en lichamelijke vijandigheid adequaat te verdragen, d.w.z. niet afwijzend te worden, niet masochistisch te reageren of de eigen agressie af te weren door grote indolentie (passieve schijntolerantie, in wezen het kind in de steek latend i.p.v. actieve tolerantie, dat wil zeggen steeds verbonden zijn met het kind, doch wel tolerant blijvend).

Daarbij moeten toch ook steeds (individueel flexibele) grenzen gesteld worden. Doet men dit niet, dan ontstaat een enorme impuls-angst en soms, vooral als het ego groeiende is, wordt al te grote tolerantie als narcistische krenking beleefd, wat nieuwe problemen schept. Dit vraagt een zekere mate van intelligentie, introspectie-vermogen van de leidsters en voorlichting aan hen over de stoornissen en de draagkracht van het ego van de kinderen. Goede personeelsselectie en intensieve inservice training zijn dan ook dringend noodzakelijk (dit laatste zowel door de dirigerend orthopaedagoog als door de beleidspsychiater).

Grote spanningen tussen de diverse functionarissen kunnen rijzen. Ge-regelde rolbesprekingen en evaluaties zijn dan ook noodzakelijk. Com-

municatie van het paedagogisch personeel met de psychotherapeuten en de creatieve therapeuten is een *conditio sine qua non*.

Geregeld wordt elk kind intensief besproken door de top-functionarissen van de diverse disciplines, welke de verkregen kennis en de planning doorgeven aan hun verdere medewerkers.

Eigen emotionele problemen kunnen door de personeelsleden met een functionaris buiten de hiërarchie worden bepraat. Daarnaast worden de groepsinteracties in enkele groepen met behulp van een 'group-worker' (geen lijnfunctionaris) doorgenomen.

De *creatieve therapeuten* zijn van groot belang in verschillende opzichten:

- a zij dragen diagnostisch materiaal aan,
- b dragen bij aan de ego-reinforcement door de karthartische werking, de 'Funktions-Lust', de zelfexpressie,
- c in sommige gevallen kunnen deze activiteiten ook klarificerend werken.

Het gevaar is het ontstaan van te grote nevenoverdrachten. Intensieve supervisie, gedegen opleiding, het aanbrengen van structureringen in de activiteiten en het werken met meer kinderen tegelijk vormen hierop een rem.

Wat betreft *de school*, deze wordt vooral van belang in de tweede fase. De reality-testing wordt er door beproefd en getraind, het zelfgevoel gesterkt (zeer individueel gericht onderwijs) en het vormt een begin van de socialisering.

Het Z.M.O.K. karakter van de school bevordert tevens een deskundige benadering van eventuele perceptieproblemen en een aansluiting bij het tolerante klimaat in de kliniek.

De dirigerend *orthopaedagoog* stelt zijn beleid op in nauwe samenwerking met de beleidspsychiater. Hij stelt zijn eisen of steunt al naar gelang het materiaal uit de diverse informatiebronnen tot hem komt. Aanvankelijk heeft men gestreefd naar een vaste moederfiguur en een psychotherapeut voor ieder kind. Vooral het eerste bleek moeilijk te realiseren. Te snelle personeelsswisseling maakte de teleurstellingen voor de kinderen vaak nog groter. Het is gebleken, dat het 'liefdevolle klimaat' in kleine groepjes evengoed de basic security kan bevorderen. Voortdurend moet echter de vinger aan de pols worden gehouden. Geduldig en permissief optreden maar toch grenzen trekken, opdat verwondingen niet optreden en het kind niet angst krijgt door de eigen impulsen overwelgd te worden.

Het kind moet leren, dat de paedagoog zichzelf en het kind kan beschermen voor de agressies, die het kind zo beangstigen. Negatief gedrag kan soms niet worden geaccepteerd zonder dat het kind wordt afgekeurd. De paedagoog moet eerlijk en consistent zijn in zijn attitude, met in zijn gedachten zowel de realiteit als de innerlijke nood van het kind.

De dosering van liefde, toegeeflijkheid en bevredigingsmogelijkheden moeten klinisch worden afgewogen aan de Ik-sterkte. Steeds opnieuw

moet de zaak gestructureerd worden. Een enorme flexibele organisatie van activiteiten: spel, handenarbeid, privé-uurtjes en uitstapjes vraagt veel van de pedagogische directie.

Aanvankelijk zal het klimaat in de pedagogische setting en bij de *psychotherapeut* niet zoveel verschillen. Alleen bij de laatste komt alles in geconcentreerde vorm terecht en staat de frustratie nog meer op de achtergrond.

Daarom is de therapie voor de kinderen (2 à 3 maal per week) in het begin vaak zeer beangstigend. De relatie komt te dicht en te snel op het kind af. REDL gebruikte dan ook geen psychotherapie in engere zin, en LAVERY en STONE benaderden het kind eerst in groepstherapeutisch verband, daarna samen met een assistent of student, en tot slot geheel individueel.

Wij wachten graag met de psychotherapie tot het kind klinisch begonnen is met een begin van relatievorming.

De techniek is een permissive attitude, ego steunend, soms grenzen trekkend zonder afwijzing, aanvankelijk niet interpreterend hoogstens incidenteel klarificerend. In versnelde gang herhaalt zich het patroon als beschreven in de pedagogische setting. Als er een begin van relatie is, versterkt de emotionele acceptatie en de presentatie van bepaalde gedragspatronen de impulscontrole en wordt de deprivatie min of meer gerestitueerd.

Langzamerhand worden de verkeerde concepties opgehelderd, de isolaties worden opgeheven, sublimaties worden bemoedigd. De therapie wordt dan een nieuw emotioneel experiment (vaak met veel regressies) en een oriëntatie naar de realiteit, *weg* van de destructieve fantasieën. Aanvankelijk is de therapeut dag en nacht beschikbaar voor het kind, langzamerhand wordt dit gekoppeld aan de vastgestelde uren. Niet altijd kan de therapeut zich aan de therapieruimte houden; de overactiviteit maakt soms trekken naar buiten noodzakelijk. Zeker als de therapie op gang is moet deze noodzaak echter worden besproken. Ook het geven van snoep als orale genoegdoening kan meestal niet worden vermeden. Is de relatie wederkerig geworden en het libidineuze ontwikkelingsproces op gang gekomen, zijn agressie en libido meer gefuseerd, dan kunnen opheldering en interpretatie van gevoelens en angsten geregeld worden besproken, uiteraard op een primitieve verbale wijze.

Dan volgt vaak ook snel een identificatie met de therapeut en vermindert de grote angst voor de buitenwereld. Het Ideaal-Ik komt tot ontwikkeling; daar inmiddels het superego veel van zijn sadistische karakter heeft verloren en ook door een beter leren hanteren van de agressie, gaat de aanpassing steeds beter verlopen. De zogenaamde basisbehandeling gaat nu langzamerhand over in een neurosebehandeling. Maar dan heeft het kind al vaak de kliniek verwisseld voor een pleeggezin.

Nog gezegd dient te worden dat de *maatschappelijk werker* de eventuele gezinnen begeleidt en hierover geregeld contact heeft met de andere functionarissen. Het zal evident zijn, dat contacten van de kinderen met

de (vaak gebroken of insufficiënte) gezinnen dikwijls zeer kwalijk interfereren met het therapeutisch proces door ambivalenties en schuldgevoelens, welke steeds weer gereactiveerd worden. Zonder een zeer geschoold maatschappelijk werker is deze behandeling dan ook eigenlijk zinloos. Voor het goed aanslaan van een basisbehandeling kan het ontbreken van achtergronden in bepaalde gevallen gunstiger zijn dan wanneer deze aanwezig doch zeer agerend zijn.

Wij zijn inmiddels aangeland op het terrein van de indicatiestelling tot opnemng. Door de ervaring geleerd leggen wij momenteel de volgende criteria aan:

- 1 opnemng van jongens niet boven 10 en meisjes niet boven 12 jaar,
- 2 geen opnemng van kinderen met ernstige cerebrale dysfuncties (zij worden te zeer overprikkeld door de vele impulsen in een tolerant milieu),
- 3 een functioneren op minstens gemiddeld intellectueel niveau (kinderen met grovere intelligentiedefecten zijn in onze setting naar onze ervaring nog niet te helpen, hun integratievermogen is te gering; zij kunnen niet profiteren van de therapie, komen niet uit de vicieuze cirkels en worden steeds weer narcistisch gekrenkt door de prestaties van de meer intelligente kinderen),
- 4 een te sterke menging van neurotische trekken met het verwaarlozingssyndroom (de ene angst wordt dan met de andere afgeweerd), en
- 5 te grote concurrentieproblemen met broertjes en zusjes zijn contra-indicaties.

Keren wij nu nog even terug naar onze Robbie en vragen wij ons af, wat voor resultaten het ondergaan van de bovenomschreven gang van zaken bij hem heeft bewerkstelligd.

Robbie is zich bij ons veilig gaan voelen, dat is iets dat onmiskenbaar is: 'nu heb ik eindelijk een plek waar ik mij gelukkig voel', dat wil zeggen: 'ik ben nu zover, dat ik mij voor het gevaar veilig kan voelen.' Verder is hij via de verschillende stadia (diffuse relaties, relaties buiten de groepen, relaties binnen de groep, relatie met de therapeut en de anderen in de kliniek met een zekere wederkerigheid) tot een betere relatievorming gekomen.

Zijn diffuse agressies van archaïsche aard zijn meer persoongebonden geworden en vermoedelijk meer opgenomen in de objectbindingen. De almachtsfantasieën zijn afgezwakt en meer overgegaan op schermen met de machtige onbekende vader en de machtige therapeut. Waarschijnlijk is de Ideaal-Ik vorming op gang gekomen en verliest het superego iets van zijn harde trekken.

Robbie kan verschijnselen om zich heen en in zichzelf relativeren en objectiveren. Er is een betere reality-testing. De ruimtelijke perceptie en het getalbegrip zijn onmiskenbaar zeer verbeterd, zo ook de frustratie-tolerantie, de impulsbeheersing en de synthetische functie van het ego. Het intense snoepen, de incontinentie en de eetmoeilijkheden zijn niet meer aanwezig.

Men krijgt de indruk dat door bovenstaande feiten de libidineuze ontwikkeling verder in gang is gezet. In de inmiddels nog verder voortgegangene therapie blijkt ook veel oedipaal materiaal naar voren te komen.

Toch blijft Robbie nog een heel gestoord, labiel jongetje, dat nog veel zorg zal vragen en lange begeleiding nodig heeft. Bovendien hebben wij ook veel ongunstiger gevallen dan Robbie.

Wij brengen deze zaken dan ook zeer aarzelend, met het accent op het experimentele karakter ervan. Het is moeilijk te formuleren wat precies in hen omgaat, en wat er precies gebeurt. Er zijn nog zoveel problemen die om opheldering vragen. Om er enkele te noemen:

Kunnen de beperkingen in de opname-indicaties nog verruimd worden door betere c.q. andere methodieken? Moet dezelfde therapeut, die de basisbehandeling gaf ook de neurosebehandeling geven? Hoe is de achterstand in de intellectuele ontwikkeling als gevolg van de affectieve relatiestoornis te doorbreken, zodat ook deze kinderen van een dergelijke behandeling kunnen profiteren? Is individuele psychotherapie in al deze gevallen noodzakelijk? (Gezien de resultaten van Redl, bijvoorbeeld.) Hoe is het verloop van de oedipale fase zonder normale gezinsachtergrond? Via de virtuele figuren, die dan vaak nog bedreigender zijn dan reële? Of via substituten uit de leef sfeer? Wordt deze oedipale ontwikkeling dan niet bijzonder gesexualiseerd daar de tederheidskan ten te voren ontbraken en hoogstens gebrekkig gerestitueerd konden worden? Mogen wij het begrip sadistisch superego uit de neuroseleer overbrengen op dit soort gevallen? Of zijn het dreigende fatum en de angst voor gruwelijke straffen, welke deze kinderen zo kwellen (en die totaal niet geïnternaliseerd lijken te zijn of mogelijk geëxternaliseerd worden omdat de innerlijke spanning niet te dragen is!) beter op andere wijze te benoemen?

Vragen te over, en veel research zal nog moeten worden verricht.

Buitenstaanders vragen ons wel eens of het de moeite waard is, zoveel personeel, materiaal en geld te besteden voor zo weinig gevallen. Geantwoord kan dan worden, dat in dit soort instituten een schat van ervaringen kan worden opgedaan, die het inzicht in de ontwikkeling ook van het normale kind kunnen verhelderen. Bovendien zijn de gevallen te vergelijken met de 'carcinoompatiënten' van de somatische geneeskunde, en daar stelt men deze vraag niet!

Wat soms benauwt, is het leed dat deze kinderen moesten ervaren en nog benauwender is het grote aantal kinderen, dat eveneens op deze wijze geholpen zou moeten worden, en waarvoor geen plaats is . . . !! Tot ze later, delinquent geworden, wel opgenomen moeten worden.

Op het moment dat dit artikel gepubliceerd wordt is Robbie reeds bijna een jaar in het pleeggezin. Toen hij vertrok hield hij zich goed, nam met een wat benepen gezicht afscheid van iedereen en was trots op zijn afscheidscadeau. In de auto van de orthopaedagoog die hem wegbracht, schoten de tranen hem in de ogen, en sprak hij uit hoeveel de kliniek voor hem had betekend. Eenmaal in het pleeggezin gearriveerd, verliep eerst alles prettig en plezierig, tot het moment van afscheid kwam. Dit resulteerde in een enorme huilbui.

Robbie was niet meer over te plaatsen als een postpakketje, maar bleek een kind met bindingen t.a.v. het milieu en de medemens te zijn geworden. Gelukkig kon hij deze behoeften in de nieuwe omgeving realiseren en blijkt hij het in het gezin bijzonder goed te doen. Men is zeer op hem gesteld, aanpassingsproblemen zijn er niet méér dan met een normaal kind van zijn leeftijd het geval zou zijn. Na enkele startmoeilijkheden op de L.O.M.-school ter plaatse blijkt hij ook daar tot een goede adaptatie in staat.

Als er problemen in de puberteit zouden komen, zal men steun bij het plaatselijk M.O.B. zoeken. Vermoedelijk zal Robbie nog wel enige tijd psychotherapie behoeven. Aanvankelijk wilden de pleegouders het graag alleen met hem proberen. Tot nu toe blijkt dit te gaan. Zoals gezegd, niet alleen komt hij tot een reële adaptatie zowel in- als buitenshuis, hij maakt ook een open en vrolijke indruk en het is, alsof hij vergeten is, dat hij eens zei: 'ik ben bedroefd geboren!'

SUMMARY

In this article the various aspects of the residential treatment of 'developmental psychopathy' in children are discussed. The consequences of early maternal deprivation on the psychological structure are described. A case-history is used to exemplify these consequences. The therapeutic process in the clinic is described. Finally the organization necessary for such intensive therapy is fully discussed. In order for the treatment to be fully effective, conditions must be established which may be called 'tender-loving-care'. These conditions can only be achieved if staff-members are themselves free from intra-staff rivalries and are not involved in intra-staff rivalry and have themselves no identity problems.

LITERATUUR

- | | |
|------------------------------|---|
| Alpert, A. | — <i>A special therapeutic technique for prelatency children with a history of deficiency</i> (1963). |
| Aichhorn, A. | — <i>Verwahrloste Jugend</i> , Wenen 1925. |
| Blos, P. | — Pre-oedipal factors in the etiology of female delinquency, <i>Ps. anal. study of the child</i> Vol. XII. |
| Freud, A. | — <i>Normality and pathology in childhood</i> , New York 1965. |
| Freud, S. | — <i>Trauer und Melancholie</i> , Ges. Werke nr. X blz. 428/48. |
| Freud, S. | — <i>Hemmung, Symptom und Angst</i> , Ges. Werke nr. XIV. |
| Hart de Ruyter, Th. | — Over ontstaan en behandeling van de zgn. ontwikkelingspsychopathie. <i>Capita selecta uit de Kinder- en Jeugdpsychiatrie</i> , Zeist 1963. |
| Kuiper, P. C. | — Over de stoornissen in de vorming en de functie van het geweten bij psychopathen. <i>Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid</i> , Jg. 8 (1953) p. 217. |
| Lampl—de Groot, J. | — Neurotics, Delinquents and Idealformation, <i>Searchlights on delinquency</i> , London 1949. |
| Lampl—de Groot, J. | — The pre-oedipal phase in the development of the male child. <i>The development of the mind</i> , 1965. |
| Redl, F. | — <i>Children who hate</i> , The Free Press, 1951. |
| Rexford, E. N. | — Antisocial young children and their families. <i>Child Psychotherapy</i> , New York 1964. |
| Stirnimann, F. | — <i>Das Kind und seine früheste Umwelt</i> , Basel 1947. |
| Stone, Fr. H. and Lavery, L. | — Psychotherapy of a deprived child. <i>J. Child Psychol. Psychiatry</i> , Vol. 6, 1965. |