

De kinderpsychiatrie en haar relaties met andere psychiatrische richtingen

*Dr. J. Weinberg**

Vooral de laatste tijd doet zich de behoefte voelen om duidelijke functies en taken van verschillende stromingen en richtingen in de psychiatrie te omlijnen. Dit geldt des te meer, nu interdisciplinair werken tot begrip van alle dag wordt. Het nadeel van interdisciplinaire activiteiten, ondanks alle grote voordelen, moet gezien worden in het verliezen van perspectief en doelstelling in het eigen discipline, waardoor de inbreng verwatert en de discussies verzanden in getheoretiseer en het zoeken naar eigen identiteit, hetgeen vooraf zou moeten geschieden.

Zo vinden wij in de psychiatrie verschillende benaderingswijzen:

- 1 – naar leeftijdsopbouw, resp. ontwikkelingsfase:
 - a (1) kinder- en jeugdpsychiatrie
 - b (2) volwassenpsychiatrie
 - c (3) geriatische psychiatrie
- 2 – naar de doelstelling:
 - a (4) curatieve psychiatrie
 - b (5) preventieve psychiatrie
- 3 – naar benaderingswijze van de aandoening
 - a (6) biologische psychiatrie
 - b (7) organische psychiatrie
 - c (8) psychosomatische psychiatrie
 - d (9) sexiatrie
- 4 – naar het toepassingsveld
 - a (10) sociale psychiatrie
 - b (11) forensische psychiatrie
 - c (12) inrichtingspsychiatrie
 - d (13) psychiatrie vanuit de gezichtshoek van de individuele psychotherapeut
- 5 – naar behandelingsstrategie
 - a (14) ambulante psychiatrie (individueel + groep)
 - b (15) klinische psychiatrie (individueel + groep)
- 6 – naar theoretische opvattingen en behandelingsmethoden
 - a (16) psychoanalytische psychiatrie in al zijn facetten
 - b (17) 'orthodoxe' psychiatrie

* Docent kinderpsychiatrie, chef de policlinique kinderpsychiatrie Rijksuniversiteit te Leiden, directeur Kinderpsychiatrische kliniek 'Curium' - Oegstgeest.

c (18) neuropsychiatrie

d (19) antropologische psychiatrie

De punten 1 t/m 6 zijn daarbij zeker nog niet volledig.

Alle benaderingswijzen overlappen elkaar, bemoeien zich met elkaar en trachten elkaar te beïnvloeden. Soms is dit gunstig en is het effect nuttig. Soms is het storend en verhindert het een gezonde bewustwording van functies en taken. Complicerend werkt eveneens, dat elke richting ook meer of minder zijn eigen ideeën over therapie (in ruimste zin) heeft en zelfs binnen de verschillende richtingen heersen tegenstrijdige opvattingen over therapie en ideologie. De psychiatrie is vaak een sterk individualistisch vak en er zijn bijna net zoveel richtingen als er psychiaters zijn. Zo zijn er in de kinderpsychiatrie psycho-analytisch denkende kinderpsychiaters, orthopaedagogisch denkende kinderpsychiaters, klinisch-organisch denkende kinderpsychiaters, gedragstheoretisch denkende kinderpsychiaters, sociaal-psychiatrisch denkende kinderpsychiaters, gezinspsychiatrisch denkende kinderpsychiaters en nog vele andere. Hoe kunnen we nu de kinder-jeugdpsychiatrie afgrenzen van de andere richtingen in de psychiatrie?

Op het eerste gezicht lijkt het makkelijk een leeftijdsgrens te trekken, maar gezien de ontwikkelingen van de laatste tijd (zie *Yearbook of Psychiatry and Applied Mental Health 1972*) vragen wij ons af, of de kinderpsychiatrische bemoeiingen niet alreeds vóór de geboorte moeten beginnen, vooral met het oog op de preventie. Stress en lichamelijke ziekten van de moeder beïnvloeden de foetus, niet alleen wat betreft de voeding en zuurstofvoorziening via de placenta. Dit zou kunnen betekenen, dat de kinderpsychiater de gehele graviditeit zou moeten begeleiden, misschien zelfs al de ouders-in-spé vóór de conceptie. Teneinde toch grenzen te trekken lijkt het zinnig, vooral na de 6e maand van de graviditeit preventieve kinderpsychiatrische maatregelen te treffen, daar na de 6e maand de foetus als een zelfstandige eenheid wordt beschouwd en levensvatbaar is ook buiten de uterus.

Hetzelfde geldt voor de leeftijdsgrens naar boven. Wanneer is een mens volwassen? Zijn er niet velen, die nooit geheel volwassen worden en zelfs tallozen, die nog duidelijk in een kinder- of jeugd-fase zijn, terwijl zij volgens de kalenderleeftijd door iedereen als volwassen zouden moeten worden beschouwd? We geven hierbij slechts het voorbeeld van de oligofrenen. Ook is het bekend, dat de puberteit en de adolescentie vertraagd kunnen zijn, zoals bij studenten, mensen in kampen en inrichtingen. Elke leeftijdsvaststelling wordt arbitrair en lijkt niet zinnig. Toch dienen we ons te beperken en we zouden de leeftijdsgrens op 20 jaren ± 3 jaren willen bepalen.

Naar de doelstellingen en benaderingswijzen kan de kinderpsychiater niet selectief zijn, daar vooral bij het kind soepelheid in de diagnostiek wordt geëist. Dit geldt zowel voor eventuele tegenstellingen als organisch-psychogeen, preventief-therapeutisch, kli-

nisch-ambulant. Vooral in de kinderpsychiatrie dient men zowel met organisch bepaalde aandoeningen als met psychogene factoren rekening te houden. Beiden spelen vaak een belangrijke rol in de genese van een aandoening en beïnvloeden elkaar steeds (Bobath).

De therapie en de preventie zijn zo duidelijk met elkaar verstrengd, dat ze nauwelijks van elkaar te scheiden zijn, want reeds bij het opnemen van de anamnese trachten we preventie van ontwikkeling van ziekte in te bouwen. Dit zit ook al vaak in de vraagstelling van de verwijzer: 'Kan dit kind naar de lagere school met dit gedrag?' met impliciet daarbij: 'hoe kunnen we verdere uitbouw van de stoornis voorkómen?'

Zelfs als we besluiten dat het kind uit het milieu genomen dient te worden, trachten we te effectueren, dat het kind zo vaak als mogelijk naar huis gaat en trachten we een stuk 'thuis' te creëren, door de ouders mee te laten functioneren in de kliniek. Zo vervaagt de grens tussen 'ambulant' en 'klinisch' in de kinderpsychiatrie steeds meer.

De psychosomatiek speelt in de kinderpsychiatrie een grote, maar misschien toch niet zo'n belangrijke rol. Het kind hanteert veel soepeler lichamelijke uitingen van psychische stoornissen en kan ze ook veel makkelijker loslaten. Wie kent niet de voedingsstoornissen in het babyjaar; wie kent niet de buikpijnen in de kleuterleeftijd. Het kind is nog veel meer een psychosomatische eenheid dan de volwassene, kan veel minder makkelijk afgrenzen en fixeert bepaalde somatische uitingen ook veel minder snel. De psychische afwijking komt ook veel sneller en duidelijker in het zicht achter de somatische kwaal. Schoolziekte heeft een onverhulde en doorzichtige symptomatologie, die voor een leek al duidelijk is, in tegenstelling tot het ulcus duodeni bij de volwassen werknemer.

Inherent aan het kind en de puber is seksualiteit en de sexuele problematiek. De goede observator heeft maar één blik nodig om te ervaren, hoe de problematiek rond de seksualiteit bij het kind of de puber is. De uitingsvormen van de seksualiteit zijn ook veel duidelijker. Pre-occupaties met het genitaal-apparaat van het kind zelf of van zijn omgeving, onanie, e.d. worden veel minder belemmerd door schaamtegevoelens en taboes, zoals deze in de volwassen leeftijd gefixeerd worden. Sexualiteit speelt zo'n belangrijke rol in de identiteitsopbouw van het kind, dat het niet als iets afzonderlijks in de structuur van het kind kan worden gezien.

De kinderpsychiater kan het kind niet anders zien dan in zijn sociale achtergrond. Hij kan zich niet distantiëren van delinquentie, onder toezicht stellen van kinderen en ontheffing van ouders. Hij moet met deze begrippen vertrouwd zijn en ermee kunnen werken om zinnig het kind met zijn problemen te helpen; hij moet soepel kunnen hanteren waar het kind behandeld wordt en door wie en in welke setting. De kinderpsychiater denkt in de sociale context, denkt aan het gezin en de verdere familie als pathogene

factoren en ziet de maatschappij inspelen op bepaalde pathogene factoren in de zin van al of niet zichzelf versterkende deviantie ten opzichte van de culturele en maatschappelijke structuren. Zo kan hij zich ook niet alleen bepalen tot de inrichtingspsychiatrie, tot de opname van het kind in een daarvoor geëigende setting, daar steeds terugplaatsing in het gezin of in een pleeggezin of in een andere sociale verband noodzakelijk is, zowel tijdens als na opname.

De kinderpsychiater is ook geneigd naar het gezin toe te gaan en te werken met de hele socio-culturele context waaruit het kind komt, zodat poliklinisch, klinisch en post-klinisch beleid dooreenlopen en niet meer scherp af te bakenen zijn. De zinnigheid van milieuverandering voor het gestoorde kind wordt bepaald, niet alleen door factoren in het kind zelf, maar door vele factoren, die met maatschappij en gezin te maken hebben.

In de eerste plaats wordt de theoretische opbouw van het wetenschappelijk denken van de kinderpsychiater beïnvloed, niet alleen door de verschillende psychiatrische en psychologische theorieën, maar ook door theorieën die verder verwijderd zijn van de psychiatrie in zijn geheel, zoals pedagogische theorieën, leerpsychologische theorieën, sociologische en organisch-medische theorieën. Uiteindelijk leiden al deze theorieën voor de kinderpsychiater tot een samenvattende theorie die voort naar de gezinsbenadering. De gezinsbenadering houdt met al deze facetten rekening en past verschillende theorieën daaraan aan. Zo kan de kinderpsychiatrie eigenlijk niet overweg met orthodox-psychoanalytische theorieën, tenzij aangepast aan interactionele theorieën en gedragstherapeutische therapieën. De organische stoornis van de vader kan een psychische invloed hebben op het kind en op de rest van het gezin, terwijl alleen het kind met de minor cerebral damage daar de overte gedragsstoornissen aan over houdt. De kinderpsychiater kan niet alleen behandelen, hij moet ook ingrijpen; hij moet structuren wijzigen, hij moet generatiekloven en -verschillen overbruggen of adapteren. Hij kan niet de spreekkamergeleerde zijn, hij moet daadwerkelijk ingrijpen, inleven en behandelen in de setting waarin het kind zich bevindt. Dit heeft tot consequentie, dat hij niet werken kan zonder andere disciplines, zoals het maatschappelijk werk, de kinderpsycholoog, de kinderneuroloog, de pediater, de socioloog, de groepsleidster en de kinderverzorgster. Daarnaast moet hij zich bezig houden met wetenschappelijke concepten; b.v. de neurofysiologie van interactionele patronen in het gezin; de psychosociale achtergronden van het milieu, de interculturele discrepanties e.d.

Resumerend zou men kunnen zeggen, dat vooral de kinderpsychiater de heilige huisjes van de medicus en van de psychiater nog meer zal moeten omtrappen en zich nog meer in het field-work moet begeven, waardoor de kinderpsychiater een stimulans kan zijn voor de ontwikkeling van het medisch denken en het medisch-psychiatrisch denken van de toekomst.