

# Klinische behandeling van 'ontwikkelingspsychopathie'

W. MATTHYS

**SAMENVATTING** Vanuit psychoanalytisch perspectief beschreef Mik in 1969 de psychopathologie en de klinische behandeling van kinderen met 'ontwikkelingspsychopathie'. Sindsdien is er veel veranderd in de visie op en de behandeling van kinderen met ernstige gedragsstoornissen. Destijds werd het ontstaan van gedragsstoornissen eenzijdig verklaard vanuit ongunstige omgevingsinvloeden. Thans wordt de kwetsbaarheid van het kind zelf voor het ontstaan van agressief en antisociaal gedrag onderkend. Destijds stond de beïnvloeding van de verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling centraal in de behandeling. In DSM-termen vormt tegenwoordig niet zozeer de As-II-, maar de As-I-symptomatologie (agressief, antisociaal oppositioneel gedrag) de primaire behandelfocus. Deze symptomen worden beïnvloed door middel van operante en cognitieve gedragstherapeutische methoden, waarvan het effect herhaaldelijk is aangetoond. Ook farmacotherapie heeft een plaats verworven in de klinische behandeling van gedragsstoornissen, namelijk voor de behandeling van de vaak voorkomende comorbiditeit (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, dysthymie).

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 1, 35-39]

**TREFWOORDEN** agressie, antisociale gedragsstoornis, klinische behandeling, psychopathie

## ONTWIKKELINGSPSYCHOPATHIE

De term 'ontwikkelingspsychopathie' is afkomstig uit de titel van een artikel van Mik (1969), waarin de toenmalige visie op deze stoornis wordt beschreven. Deze term heeft allereerst enige toelichting. 'Ontwikkelingspsychopathie' werd in Nederland geïntroduceerd door Hart de Ruyter, de eerste hoogleraar kinderpsychiatrie in Groningen en hoofd van de kliniek waar Mik werkzaam was. Hart de Ruyter protesteerde reeds in 1949 tegen de diagnose psychopathie in de kinderleeftijd. Pedagogen, psychologen en psychiaters die hun tanden hadden stukgebeten op ernstig gedragsgestoorde kinderen, zo schrijft Hart de Ruyter (1961), revancheerden zich door hen als onopvoedbare jeugdige psychopaten te bestempelen. Bij deze kinderen, die we tegenwoordig de diagnose antisociale gedragsstoornis

zouden toekennen, is volgens hem niet zozeer sprake van een pathologische aanleg als gevolg waarvan ze onbehandelbaar zijn (de endogene psychopathie), maar van een op grond van affectieve verwaarlozing ontstane stoornis in de ontwikkeling van de affectieve relaties (de ontwikkelingspsychopathie), die wel degelijk voor beïnvloeding vatbaar is.

## HET PSYCHOANALYTISCH PERSPECTIEF

In zijn artikel geeft Mik (1969) eerst een beschrijving van 'de gevolgen van de vroeg opgetreden psychotoxische c.q. psychodeficiënte invloeden op de persoonlijkheidsstructuur' (ego, superego en de driften). Hierbij baseert hij zich op het werk van Aichhorn, Redl, A. Freud en Hart de Ruyter. Vervolgens omschrijft Mik de doelen van de klinische behandeling: onder meer het tot

stand komen van 'basic trust', 'om de opbouw van de persoonlijkheid daar te beginnen waar de disharmonische ontwikkeling begon'; het leggen van objectrelaties; het bieden van 'ego-supporting' en het afzwakken van de sadistische super-egofunctie en het sterke secundaire narcisme. Deze doelen poogde men destijds in de Groningse universiteitskliniek te bereiken middels een langdurige (twee tot vier jaar), aanvankelijk tot regressie uitnodigende, zeer intensieve klinische behandeling. Deze bestond bijvoorbeeld uit twee tot drie keer per week individuele psychotherapie door een therapeut die aanvankelijk dag en nacht beschikbaar was voor het kind. Het zal niet verbazen dat de personele bezetting buitengewoon groot was (bijvoorbeeld voor zes kinderen: negen groepsleiders en één leerkracht), onder meer om op adequate wijze met de fysieke agressie om te gaan die in het regressiebevorderende klimaat 'in enorme kwantiteiten voorkwam'.

Is zo'n investering wel de moeite waard? Dit was een begrijpelijke vraag die buitenstaanders wel eens aan Mik stelden. Zijn beschrijvingen van de gunstige ontwikkeling van sommige patiëntjes zijn namelijk wel fraai, maar het effect van de behandelingen werd nooit geobjectiveerd. Mik vindt de vraag niet helemaal terecht: zijn patiëntjes zijn te vergelijken met carcinoompatiëntjes van de somatische geneeskunde en daar stelt men deze vraag niet! Tot op zekere hoogte heeft Mik hierin gelijk. Hij eindigt zijn artikel met het noemen van zijn gevoel van benauwdheid, omdat zoveel meer kinderen geholpen zouden moeten worden op de wijze zoals hij het voorstelt, maar dat er voor hen geen plaats is. 'Tot ze later, delinquent geworden, wel opgenomen moeten worden.'

#### DE ACTUELE PSYCHIATRISCHE VISIE

Wat is er sinds 1969 veranderd op het gebied van de klinische behandeling van ernstig gedragsgestoorde kinderen? Veel, ook al omdat in de psychiatrie veel veranderd is. Zo valt op dat

in het artikel van Mik een beschrijving van de storende gedragsverschijnselen ontbreekt. Sinds de invoering van het Amerikaanse diagnostische systeem DSM-III in de jaren tachtig (APA 1980) is er in de psychiatrie aandacht voor het zorgvuldig in kaart brengen van de symptomatologie. In DSM-termen zou men kunnen zeggen dat de problematiek van deze kinderen door Mik eenzijdig vanuit een As II-benadering is beschreven (de scheefgroei van de persoonlijkheid), terwijl de As I-psychopathologie nauwelijks aandacht krijgt. Zeker in verband met agressieve en antisociale symptomen die een negatieve uitwerking hebben op anderen, en indirect ook op het kind zelf (uitstoting uit de groep leeftijdgenoten, verwijdering van school, depressieve stemming), lijkt de aandacht die we nu aan de symptomatologie besteden, winst. Een essentieel behandeldoel, zo vinden we vandaag, is afname van deze sociaal zeer storende symptomen. Het denken in diagnostische categorieën heeft ook geleid tot het onderkennen van comorbiditeit, die bij gedragsstoornissen eerder regel is dan uitzondering. Comorbide stoornissen, zoals een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, een dysthyme stoornis of een lees- of taalstoornis, hebben een specifieke behandeling nodig, onder meer farmacotherapie.

Het onderkennen van de comorbide stoornissen heeft bijgedragen tot een andere visie op het ontstaan van gedragsstoornissen. Deze comorbide stoornissen kunnen volgens Matthys (1999) beschouwd worden als kindgebonden risicofactoren die in interactie met ongunstige omgevingsgebonden risicofactoren het ontstaan van gedragsstoornissen helpen verklaren. Mik (1969) en Hart de Ruyter (1961) daarentegen bespraken de pathogenese eenzijdig vanuit de ongunstige omgevingsfactoren: zij hebben het over verwaarlozing en over psychotoxische en psychodeficiente invloeden.

Tegen deze laatste benaderingswijze, in die tijd kenmerkend voor psychoanalytisch georiënteerde klinici, reageerden Thomas en Chess als eersten. Deze Amerikaanse psychiaters herintro-

duceerden het begrip 'temperament' als reeds vroeg te onderkennen individuele verschillen in wijze van reageren. In hun prospectieve studie (Thomas e.a. 1968) toonden ze aan dat jonge kinderen met een moeilijk temperament (negatieve stemming, heftigheid in reageren, moeizame aanpassing, onregelmatigheid in biologische functies) een verhoogd risico lopen voor de ontwikkeling van gedragsstoornissen. Dat is ook het geval bij jonge kinderen met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit of andere beperkingen of stoornissen in de 'uitrusting' (zwakbegeerdheid vooral op verbaal gebied, lees- en taalstoornis en mogelijk andere biologische disfuncties, zie Matthys 1999). Ouders van deze kinderen lopen veel meer risico dan andere ouders om inadequaat met ongewenst gedrag om te gaan, omdat dergelijk gedrag veel vaker dan gemiddeld voorkomt bij deze kinderen. De opvoeding dreigt dan de kenmerken te vertonen waarvan op overtuigende wijze werd aangetoond dat zij een rol spelen in het ontstaan en in stand houden van gedragsstoornissen: onvoldoende consequent hanteren van regels en afspraken, inconsequent en hard straffen, en weinig waardering voor sociaal wenselijk gedrag. Deze interpretatie van de rol van de ongunstige omgevingsfactoren geeft een meer genuanceerd beeld van de pathogenese: gedragsstoornissen zijn niet louter een gevolg van 'verwaarlozing', maar het resultaat van een interactie waarbij de kindgebonden factoren mede een actieve rol spelen. Deze interpretatie biedt tevens meer aanknopingspunten voor hulp aan de omgeving: de ouders leren gebruik te maken van adequate opvoedingsvaardigheden (zie verder 'Parent Management Training').

#### GEDRAGSTHERAPEUTISCHE METHODEN

Sinds 1969 heeft de psychiatrie zich ook op een ander dan het diagnostische vlak ontwikkeld. Vooral in de jaren negentig werd zij in toenemende mate een 'evidence-based' medisch specialisme, onder meer met betrekking tot de

effectiviteit van behandelingen. Naar het effect van de klinische behandeling bij kinderen met gedragsstoornissen werd weliswaar relatief weinig onderzoek gedaan (voor een overzicht van ambulante en klinische effectonderzoeken zie Matthys 1997), maar op grond van de bestaande onderzoeken zijn er geen aanwijzingen dat psychoanalytisch georiënteerde klinische behandelingen effectief zijn (Winsberg e.a. 1980). Dat is wel het geval bij klinische behandelingen waarbij gedragstherapeutische methoden worden gehanteerd (Weinstein 1974; Kazdin e.a. 1987a, 1987b). Bovendien blijkt uit talrijke ambulante effectonderzoeken bij kinderen met gedragsstoornissen dat twee gedragstherapeutische methoden op zijn minst tot op zekere hoogte effectief zijn (Matthys 1999). Dit zijn de oudertraining in opvoedingsvaardigheden ('Parent Management Training') die hoofdzakelijk gebaseerd is op de principes van de operante conditionering en de eruit afgeleide technieken, en de training van het kind in sociale probleemoplossing, een cognitieve gedragstherapeutische methode.

Voor het opstellen van het behandelbeleid voor de klinische behandeling van kinderen met gedragsstoornissen ligt het voor de hand om uit te gaan van bovengenoemde methoden en de eraan ten grondslag liggende empirisch onderbouwde leertheorieën (Matthys 1997). Het behandelbeleid dat ons inziens vandaag de dag verdedigbaar is, ziet er dan ook heel anders uit dan dat van de Groningse universiteitskliniek uit de jaren zestig. Essentiële doelen zijn: de afname van oppositionele, agressieve en antisociale symptomen (As I-psychopathologie); de toename van sociaal wenselijk gedrag en de ontwikkeling van de eraan ten grondslag liggende adequate, sociaal-cognitieve vaardigheden; het toerusten van de ouders met vaardigheden om adequater met sociaal wenselijk en onwenselijk gedrag om te gaan. Gekoppeld aan deze doelen zijn ook de behandelmiddelen veranderd. Als psychotherapeutisch referentiekader werd het psychoanalytische vervangen door het gedragstherapeutische

(combinatie van operante en cognitieve methoden). Bovendien heeft farmacotherapie een belangrijke plaats verworven voor de behandeling van comorbiditeit.

## TOEKOMST

Zijn de opvattingen van Mik en Hart de Ruyter dan als obsoleet te beschouwen? Hun eenzijdige visie op het ontstaan van gedragsstoornissen en hun behandelfilosofie zijn inderdaad achterhaald. Dat 'psychotoxische en psychodeficiente' omgevingsinvloeden een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling wordt echter wel bevestigd door empirisch onderzoek.

Recent onderzoek toont aan dat kinderen die verwaarloosd of mishandeld werden (lichamelijk, seksueel), een verhoogd risico lopen voor een persoonlijkheidsstoornis in de vroege volwassenheid (Johnson e.a. 1999). Het is dus van belang om de behandeling ook te richten op de As II-psychopathologie van kinderen met gedragsstoornissen, dus op kenmerkende patronen van gedrag, denken en voelen, die reeds op de kindleeftijd manifest worden. Tot op zekere hoogte doen we dat nu al, maar wellicht nog te weinig. Paranoïde cognities bijvoorbeeld (het attribueren van vijandige intenties aan anderen) maken standaard deel uit van de cognitieve gedragstherapeutische 'Anger Management Training'. Ook proberen we om kinderen met een narcistische persoonlijkheidsontwikkeling te laten ervaren en inzien dat hun exploiterende gedrag weliswaar op korte termijn winst oplevert, maar op langere termijn verlies. Onderzocht zal moeten worden of cognitieve gedragstherapeutische methoden deze patronen van gedrag, denken en voelen duurzaam beïnvloeden en de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen voorkomen.

Recent onderzoek toont ook aan dat kinderen die verwaarloosd en mishandeld werden, een verhoogd risico lopen op een posttraumatische stress-stoornis in de vroege volwassenheid (Widom 1999). Sinds enige tijd is er wel aandacht

voor de verwerking van een eenmalig trauma bij kinderen, maar nog in onvoldoende mate voor de verwerking van multiple trauma's die bij sommige kinderen met gedragsstoornissen aanwezig zijn.

Vroege verwaarlozing heeft ook effect op biologische systemen. Zo is er een effect op het hypothalamus-hypofyse-bijniersysteem bij jonge kinderen (Carlson & Earls 1996) en, in ieder geval bij dieren (Rosenblum e.a. 1994), op het serotonerge systeem. Dit laatste speelt wellicht een rol in de inhibitie van gedrag, ook van agressief gedrag. Voor de toekomst is het wenselijk als we zouden beschikken over psychofarmaca voor de beïnvloeding van de mogelijk deels biologisch bepaalde inhibitieproblematiek van deze kinderen. Een grote groep onder hen reageert immers op prikkels zonder na te denken (impulsiviteit). Als we het kind zelfpraak leren (bijvoorbeeld: Niet reageren op pesten!), dan moet het kind wél in staat zijn om in reactie op stimuli uit de omgeving de klaar liggende inadequate gedragsrespons (bijvoorbeeld in woede om zich heen trappen) eerst te inhiberen, teneinde gebruik te kunnen maken van de zelfpraak. Zonder adequate inhibitie kan van cognitieve gedragstherapie nauwelijks effect verwacht worden. Ondersteuning van de tekortschietende inhibitiefuncties door psychofarmaca zou het behandel-effect van een belangrijke groep kinderen met gedragsstoornissen kunnen vergroten.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Carlson, M., & Earls, F. (1996). Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 419-428.
- Hart de Ruyter, Th. (1961). Affectieve relatiestoornissen; ontstaan, behandeling en preventie. In W.J. Bladergroen, E.C.M. Frijling-Schreuder, F. Grewel e.a., *Voordrachten over kinderpsychiatrie* (pp. 19-29). Leiden: Stenfert Kroese.

- Johnson, J., Cohen, P., Brown, J., e.a. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.
- Kazdin, A., Esveltdt-Dawson, K., French, N., e.a. (1987a). Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 416-424.
- Kazdin, A., Esveltdt-Dawson, K., French, N., e.a. (1987b). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 76-85.
- Matthys, W. (1997). Residential behavior therapy for children with conduct disorders. *Behavior Modification*, 21, 512-532.
- Matthys, W. (1999). Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kinderleeftijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 529-538.
- Mik, G. (1969). Over de klinische behandeling van ontwikkelingspsychopathie bij kinderen, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 11, 178-197.
- Rosenblum, L., Coplan, J., Friedman, S., e.a. (1994). Adverse early experiences affect noradrenergic and serotonergic functioning in adult primates. *Biological Psychiatry*, 35, 221-227.
- Thomas, A., & Chess, S., Birch, H.G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press.
- Weinstein, L. (1974). *Evaluation of a program for re-educating disturbed children: A follow-up comparison with untreated children*. Washington DC: HEW, Bureau for the Education of the Handicapped.
- Widom, C. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1223-1229.
- Winsberg, B., Bialer, I., Kupietz, S., e.a. (1980). Home versus hospital care of children with behavior disorders. A controlled investigation. *Archives of General Psychiatry*, 128, 1425-1431.

## AUTEUR

W. MATTHYS is als psychiater werkzaam op de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Correspondentieadres: Polikliniek Kinderpsychiatrie, UMC Utrecht, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht. E-mail: wmatthys@psych.azu.nl.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-10-1999.

**SUMMARY** Inpatient psychiatric treatment for children with conduct disorder – W. Matthys – Traditionally, in-patient psychiatric treatment for conduct disorder in childhood has been psychoanalytically oriented, as described by Mik in 1969. The current empirical literature both on the pathogenesis of conduct disorder and on treatment outcome suggests that social learning theory, with its various perspectives such as the social interactional perspective and the social cognitive perspective, provides a plausible theoretical frame of reference for the philosophy of in-patient treatment for conduct disorder. For the treatment of comorbid disorders medication is indicated.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 1, 35-39]

**KEYWORDS** aggression, conduct disorder, in-patient psychiatric treatment, psychopathy