

# Ontwikkelingsdynamische benadering van de diagnostiek van psychische stoornissen bij zwakzinnige kinderen

door A. Došen

## Samenvatting

De zogenaamde 'defecttheorie' in de benadering van de psychische en gedragsstoornissen bij mentaal gehandicapte kinderen ondervindt in de laatste tijd steeds meer kritiek. Tegelijkertijd krijgt het ontwikkelingstheoretisch denken over deze problematiek steeds meer aandacht van de hulpverleners.

Er wordt een ontwikkelingsdynamisch model voor het praktisch werk met zwakzinnige kinderen met psychische en gedragsstoornissen voorgesteld. Door dit model komt het kind (en niet de handicap) in de focus van de hulpverlening. De theoretische achtergrond van het model, alsook de toepassing ervan in de psychiatrische diagnostiek van mentaal gehandicapte kinderen wordt naar voren gebracht.

## Inleiding

Psychische en gedragsstoornissen komen bij zwakzinnige kinderen veel vaker voor dan bij normaal begaafde kinderen. Bij normaal begaafde kinderen komen ernstige psychische stoornissen voor in  $\pm 7\%$  van de gevallen (Rutter, Cox, Tupling, Berger, Yule 1975, Verhulst 1985).

Verschillende auteurs (Webster 1970, Chess 1977, Corbett 1979, Menolascino 1983) vonden dat psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnige kinderen in 20 tot 66% van de gevallen voorkomen. Dat de percentages zo sterk uiteenlopen hangt samen met de verschillen tussen de onderzochte populaties (kinderen die bij hun ouders verbleven of kinderen in zwakzinnigen internaten), met de leeftijd van kinderen, intelligentieniveau, enz. De verklaring voor het frequent voorkomen van psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnige kinderen wordt voornamelijk gezocht in de hogere frequentie van beschadiging van hersenweefsel bij deze kinderen. Er wordt verondersteld dat dezelfde beschadigingen, die verlaging van het intellectuele functioneren veroorzaken, ook oorzaak zijn van een of ander gedragsprobleem of psychische ziekte van het kind.

In het laatste decennium zijn er steeds meer tegenstanders van deze zogenaamde 'defecttheoretische' verklaring over het vóorkomen van

psychische stoornissen bij zwakzinnigen. De tegenstanders signaleren bij de defecttheoretici meerdere onjuiste opvattingen. In de eerste plaats verwijten zij hun op dezelfde manier naar beschadigingen van hersenen van kinderen te kijken als naar beschadigingen van hersenen van volwassenen.

Onderzoek heeft aangetoond dat hersenweefsel dat in ontwikkeling is, anders reageert op beschadiging dan hersenweefsel op de volwassen leeftijd. Zo kan bij voorbeeld beschadiging van het corticaal weefsel bij een volwassene tijdelijk verlies van de functie veroorzaken; dezelfde beschadiging bij een kind kan verstoring van de maturatie van het getroffen corticaal gebied met de vertraging van de ontwikkeling van de functie tot gevolg hebben (Satz en Sparrow 1970, Van der Vlucht 1979). Zo'n vertraging van de functie kan verreikende consequenties hebben voor de gehele psychosociale ontwikkeling van het kind. Een ander tekort van de defecttheorie is dat er onvoldoende positief gestructureerde aandacht wordt geschonken aan de opvoedingsproblemen van het kind, zijn temperament en de factoren in de omgeving, waarin het kind opgroeit.

Ten slotte worden er vraagtekens geplaatst bij het verband tussen hersenbeschadiging en de specificiteit van het psychiatrisch syndroom. Volgens verschillende onderzoekers (Shaffer, Chadwick, Rutter 1975, Shaffer 1977, Rutter 1978) is er geen bewijs, dat een hersenletsel een specifiek gedragspatroon tot stand kan brengen. Volgens Rutter (1978) 'many of the stereotypes of "the brain damaged child" are mistaken and misleading, but equally, these studies have shown the major importance of brain damage as a factor contributing in a substantial way to the genesis of child psychiatric disorder'. In de laatste jaren pogen steeds meer auteurs om via de zogenaamde ontwikkelingsdynamische benadering tot het wezen van de psychiatrische stoornissen bij geretardeerde kinderen te komen. Cerebrale beschadigingen, cerebrale dysfunctie en verstoord gedrag worden niet gezien als synoniemen maar als drie verschillende dimensies van een verstoorde ontwikkeling. De biomedische factoren van het geretardeerde kind worden gezien in de context van zijn ontogenetische ontwikkeling en zijn interactie met zijn omgeving.

Om al deze processen in het oog te houden moet de onderzoeker op de hoogte zijn van de totaliteit van de ontwikkeling van het kind. Zo is de onderzoeker bezig met een ontwikkelingsdynamische benadering van de problematiek. Hij richt zich tegelijkertijd bewust op de verschillende ontwikkelingsaspecten van het kind gebruik makend van verschillende ontwikkelingstheorieën. Ondanks opvallende verschillen tussen deze theorieën zoekt hij, ter wille van de praktische toepassing, naar overeenkomsten. Op deze manier komt hij tot een ontwikkelingsmodel dat voor het denken en handelen in de praktijk bruikbaar kan zijn.

## Een model van socio-emotionele ontwikkeling

Een poging om tot een integraal model van de psychische ontwikkeling van het kind te komen, met als doel een betere classificatie van adaptieve en pathologische persoonlijkheidsorganisatie te verkrijgen, is gedaan door Greenspan en Lourie (1981). Deze auteurs zijn uitgegaan van de psychodynamische benadering van psychische problematiek en hebben daarin voornamelijk de opvattingen van Piaget en Bowlby geaccentueerd.

Ons model is gebaseerd op de neuropsychologische theorie van Luria (1973), de theorie van de cognitieve ontwikkeling van Piaget (1953), de attachment-theorie van Bowlby (1951) en de theorie van de emotionele ontwikkeling van Mahler (Mahler, Pine, Bergman 1975).

Daarnaast nemen ook theorieën over de rijping en de ontwikkeling van de hersenen een belangrijke plaats in. De ontwikkeling van het centraal zenuwstelsel dient als de basis voor de indeling van de verschillende fasen van de psychische ontwikkeling. Mede omdat de ontwikkeling en de rijping van de hersenen het meest actief is in de eerste drie levensjaren, worden in dit model de ontwikkelingsfasen in de eerste drie levensjaren van de normale ontwikkeling besproken. Men beschouwt de psychische ontwikkeling binnen de eerste drie jaren van essentiële betekenis voor de persoonlijkheidsontwikkeling van het kind. Ook wordt hieraan wezenlijke betekenis toegekend bij het ontstaan van psychische stoornissen. Het ontwikkelingsmodel dat hier besproken wordt bestaat uit drie ontwikkelingsfasen:

1. De fase tussen 0 en 6 maanden ofwel de eerste adaptatiefase.
2. De fase tussen 6 en 18 maanden ofwel de eerste socialisatiefase.
3. De fase tussen 18 en 36 maanden ofwel de fase van de eerste individuatie.

De karakteristieken van elke fase worden in tabel 1 opgesomd.

In de eerste adaptatiefase gaat het in eerste instantie om de fysiologische adaptatie van het kind op de extra-uterine omstandigheden en om de psychologische adaptatie aan de prikkels die vanuit de omgeving via sensorische kanalen naar het kind toekomen. Ter wille van een evenwichtige ontwikkeling is het nodig dat sensorische prikkels adequaat opgevangen en geïntegreerd worden. Tegelijkertijd went het kind aan een aantal structuren in zijn omgeving die een belangrijke rol gaan spelen in zijn ontwikkeling. Deze structuren zijn: de ruimtelijke structuur, het ritme van activiteit en inactiviteit dat vanuit de omgeving aan het kind opgelegd wordt en de personen met wie het kind te maken krijgt. De sensorische integratie en de structurering van de buitenwereld gebeuren tegelijkertijd en zijn van elkaar afhankelijk. Bovendien past de omgeving zich aan het kind aan. Deze wederzijdse adaptatie is van uiterst belang voor een adequate stimulatie.

In de tweede ontwikkelingsfase ontstaat de eerste sociale binding van het kind. Het kind wordt zich bewust dat het in het contact met

Tabel 1

Ontwikkelingsfase	Ontwikkeling van hersenen	Cognitieve ontwikkeling	Emotionele ontwikkeling	Sociale ontwikkeling
1e adaptatiefase 0-6 mnd.	Rijping van het primair cortex-systeem. Stijgende controle van de massieve reflexieve reacties.	Leren van de reflexieve activiteiten. Eerste schema's van actie en reactie.	Aanpassing op de structuur van de ruimte en van het dag- en nachtritme. Begin van groei van 'dual unit'.	Groeiende sociale interactie met de omgeving en begin van 'attachment' met de verzorger.
1e socialisatiefase 6-18 mnd.	Rijping van het secundair cortex-systeem. Coördinatie van de sensorische en motorische functies.	'Make things happen.' Oplossing van problemen door gebruik van verschillende sensorische systemen. Ontwikkeling van herinnering. Actie wordt vervangen door denken.	Differentiatie en ontwikkeling van het lichaamsbeeld. Angst voor vreemde. Gebruik van transitionele objecten. 'Love affair with the world.'	Vroege 'attachment', kleven aan en volgen van bepaalde personen. Hierarchie van de binding aan verschillende personen. Protest bij de separatie.
1e individuatiefase 18-36 mnd.	Groei en rijping van het tertiair cortex-systeem. Verband tussen verschillende sensorische gebieden en organisatie van gedrag.	Objectpermanentie. Overgang van de sensomotorische naar de concrete operaties. Oplossing van problemen door gebruik van denken, syncretisch denken.	Nemen van de optimale afstand van de moeder. Het kind vecht met zijn moeder en tegelijkertijd is hij bang om haar liefde te verliezen. Consolidatie van besef van zichzelf en anderen.	Integraal groeiende afstand en vertrouwen naar de moeder toe. Consolidatie van de veiligheidsbasis en exploratie van de omgeving. Begin van de relatie met de leeftijdsgenoten.

een andere persoon veiligheid, bevrediging van de basale levensbehoeften en plezier kan vinden. Vanuit een goede hechting met de moeder groeit langzamerhand het besef van de basale veiligheid waardoor het kind ruimtelijk afstand durft te nemen van de moeder en de omgeving durft te exploreren.

De derde ontwikkelingsfase is gekarakteriseerd door de verovering van de omgeving en door de bewustwording van de macht van de eigen wil. In de zin van Mahler sprekend, het kind komt in de zogenaamde 'reapproachment'-fase, waaruit langzamerhand zijn persoonlijkheid wordt geconsolideerd (Mahler e.a. 1975). Het model van socio-emotionele ontwikkeling wordt weergegeven in tabel 2.

Tabel 2: Model van socio-emotionele ontwikkeling

1. Eerste adaptatiefase (0-6 maanden)
  - sensorische integratie
  - integratie van structuur van ruimte, tijd en personen
2. Eerste socialisatiefase (6-18 maanden)
  - hechting
  - basale veiligheid
3. Eerste individuatiefase (18-36 maanden)
  - separatie
  - communicatie op de afstand (reapproachment-fase v.l. Mahler)
  - consolidatie van de persoonlijkheid

### Specifieke aspecten van de psychische ontwikkeling van een geretardeerd kind

*Neurofysiologische en neuropsychologische aspecten* – Slechts bij een klein percentage van geretardeerde kinderen is een beschadiging van het hersenweefsel aantoonbaar. In veel meer gevallen gaat het om de verstoring van de ontwikkeling van bepaalde hersengebieden. Het lijkt alsof niet de plaats van de beschadiging, maar eerder de oorzaak en het tijdstip van de beschadiging een belangrijke rol spelen voor de ontwikkeling van de functie. Ebels (1980) onderscheidt 2 soorten van beschadigingen: de primaire beschadiging, of de beschadiging van de systemen in de vroege fase van de groei van het weefsel (tijdens zg. proliferatie) en de secundaire beschadiging of de beschadiging van al min of meer vaste structuren van hersenen.

De primaire beschadiging veroorzaakt niet alleen de beschadiging van de bestaande structuren, maar is oorzaak van de verstoring van de ontwikkeling van structuren die later tot stand komen. Iivanainen (1981) heeft aangetoond dat bij 51% van de zwakzinnige kinderen de beschadiging en de verstoring van de ontwikkeling van hersenen ontstaan is in de prenatale periode en slechts bij 12% perinataal of postnataal. Dat wil zeggen dat bij de meeste zwakzinnige kinderen de oorzaak voor hun zwakzinnigheid niet aan de geïsoleerde beschadiging

van hun hersenweefsel, maar aan de verstoring van de ontwikkeling van de verschillende hersengebieden ligt.

Vanuit deze ontwikkelingsgedachte kan de vertraagde ontwikkeling van de motoriek en psyche van een geretardeerd kind vooral gezien worden als een vertraging van rijping en de ontwikkeling van de cerebrale cortex. Toch ziet men, in het bijzonder bij lichter geestelijk gehandicapte kinderen, dat bij voorbeeld de motoriek op gewone tijden tot ontwikkeling komt. De ouders van deze kinderen signaleren dat de vertraging van de ontwikkeling eigenlijk in het tweede of in het derde levensjaar opgevallen is. In de zin van Luria (1973) kan dit verschijnsel verklaard worden als een discrepantie in de rijping tussen primaire en secundaire systemen van de hersenen aan de ene kant en het tertiaire systeem aan de andere kant (zie tabel 1). Door de verstoring van de maturatie van het tertiaire systeem kan het kind zijn ervaring niet organiseren in het aanwezige cognitieve emotionele systeem.

Vanuit dit oogpunt is de vertraging van de ontwikkeling en de maturatie van het tertiair cortex-systeem een algemeen kenmerk bij geretardeerde kinderen (Luria 1973).

Het onvoldoende ontwikkelde tertiair cortex-systeem zou ook de oorzaak kunnen zijn van de aanpassingsmoeilijkheden van deze kinderen aan veranderde situaties in de omgeving.

*Cognitieve ontwikkeling* – De theorie van Piaget toepassend zou de cognitieve ontwikkeling van zwakzinnige kinderen gekenmerkt worden door een vertraagd verloop van dezelfde ontwikkelingsfasen en door een lager niveau van de uiteindelijke ontwikkeling in vergelijking met normaal begaafde kinderen. De ontwikkeling van de hersenen van een geretardeerd kind in het oog houdend en redenerend volgens de theorie van Piaget, kan men veronderstellen dat de vertraagde maturatie van primaire en secundaire hersensystemen een minder intensieve motorische oefening tot gevolg heeft met als gevolg hiervan een verminderd 'leren van het kind'. De toepassing van de theorie van Piaget op de ontwikkeling van zwakzinnige kinderen is met de nodige reserve ontvangen. Toch biedt deze theorie een structuur die in samenhang met andere dimensies van de ontwikkeling van nut kan zijn voor zowel de diagnostiek als de behandeling. Het model van Piaget wordt ook gebruikt in het classificatiesysteem van mentale retardatie door AAMD (American Association on Mental Difficiency – Grossman 1983).

*Diep zwakzinnigen (IQ tot 20)* komen volgens deze classificatie niet boven het sensori-motorische niveau van 2 jaar. Deze personen kunnen leren omgaan met materiaal en vertonen interesse in exploratie. Zij kunnen ook objectconstantie bereiken en hebben een basale sociale relatie met belangrijke mensen in hun omgeving, maar hun functioneren en hun sociale concepten blijven op het niveau van het kind dat niet ouder is dan 2 jaar.

Het ontwikkelingsniveau van *ernstig zwakzinnigen (IQ 20 tot 35)* kan volgens dit model vergeleken worden met het ontwikkelingsniveau dat gewone kinderen bereiken in de leeftijd tussen 2 en 4 jaar. Dat is de pre-operationele fase van Piaget waarin de verbaliteit als communicatiemiddel ontwikkeld wordt. Deze communicatie is zeer eenvoudig en mist het vermogen om te generaliseren of te symboliseren. Deze personen missen cognitieve concepten, zodat zij nieuwe gebeurtenissen niet kunnen voorspellen.

*Matig mentaal geretardeerden (IQ 35 tot 50)* kunnen vergeleken worden met kinderen in de leeftijd tussen 4 en 7 jaar. Deze personen verkeren in de pre-logische fase van denken. Zij kunnen nuttige concepten maken van ervaringen maar zij zijn nog steeds voornamelijk bezig met rechtstreekse ervaringen via hun percepties. Zij missen abstracte concepten en zij lossen problemen meestal op via het 'trial and error'-principe.

*Licht mentaal geretardeerden (IQ 50 tot 70)* kunnen vergeleken worden met kinderen in de leeftijd van 7 en 11 jaar. Dat wil zeggen in de fase van concrete operaties. De problemen worden opgelost op grond van logisch denken maar het denken in abstracte vormen is voor deze personen niet bereikbaar.

Volgens deze indeling bereiken geretardeerde personen dus nooit de fase van de zogenaamde formele operaties (de fase na 11 jaar) waarin symbolisch en abstract denken mogelijk wordt.

*Emotionele en sociale ontwikkeling* – Volgens ontwikkelingsdenken zouden diep geretardeerde kinderen in hun socio-emotionele ontwikkeling niet verder komen dan de tweede ontwikkelingsfase op het ontwikkelingsdynamisch model (zie tabel 2). Ernstig geretardeerden zouden de derde ontwikkelingsfase bereiken maar zij zouden niet toekomen aan verdere persoonlijkheidsontwikkeling. Men zou kunnen verwachten dat zelfs matig geretardeerden die op lager niveau functioneren in de derde ontwikkelingsfase blijven steken. In bepaalde gevallen zal zo'n indeling in de ontwikkelingsfasen de indruk geven van een te ver gaande symplificatie van de reële problematiek. Een ernstig geretardeerd persoon kan bij voorbeeld in een constant en goed gestructureerd milieu in sociaal opzicht veel beter functioneren dan een kind van drie jaar. Desondanks ziet men toch dat een dergelijk persoon bij een verandering van de situatie en bij confrontatie met onoplosbare problemen terugvalt naar het gedrag van een peuter. In gevallen waarin een te grote discrepantie tussen cognitieve en emotionele ontwikkeling ontstaat, ziet men vaak opvoedingsmoeilijkheden en geleidelijk aan stagnatie van de cognitieve ontwikkeling. De oorzaken van de stoornissen van de emotionele en sociale ontwikkeling zijn meestal complex en kunnen zowel aan de afwijkingen van de ontwikkeling van de hersenen als aan de ongunstige interactie van het kind met zijn omgeving liggen. Door de beschreven neurofysiologische problemen

kunnen de sensorische integratie en het eigen maken van de structuur van de ruimte, tijd en personen van deze kinderen vaak meer tijd vergen dan van gewone kinderen. De vertraging van de ontwikkeling in deze fase kan rechtstreekse consequenties hebben voor de ontwikkeling van het hechtingsgedrag. De hechting komt moeilijk tot stand met als gevolg dat de scheidingsangst groot kan worden en de emotionele veiligheidsbasis te smal wordt voor een adequate ontwikkeling van persoonlijkheid van het kind. De ongunstige interactie met de omgeving kan ook ontstaan op grond van de attitude van de omgeving. Hier zijn belangrijk te noemen acceptatieproblemen van de ouders, sociale en relationele moeilijkheden van het gezin, onzekerheid en onwetendheid van de ouders en dergelijke.

Dit alles te zamen kan tot gevolg hebben dat het kind naast zijn primair cognitieve handicap ook met zijn socio-emotionele ontwikkeling in ernstige problemen komt, die tot verder dysfunctioneren en ontstaan van psychische stoornissen kunnen leiden.

### **Ontwikkelingsdynamische benadering van de diagnostiek van psychische stoornissen bij geretardeerde kinderen**

Een psychische stoornis wordt gezien als de verstoring van gevoelens en gedachten, waarbij het besef van de persoon over zichzelf en over de realiteit verstoord kan worden en/of waardoor het functioneren van de persoon in zijn omgeving aangetast is. Met nadruk wordt gesteld dat de psychische stoornis gezien wordt als onafhankelijk van het niveau van cognitief functioneren of van motorische of sensorische afwijkingen van de persoon.

Vanuit ontwikkelingsdynamisch oogpunt en volgens het voorbeeld van Menolascino (1970) kunnen psychische stoornissen bij geretardeerde kinderen gevolg zijn van:

1. socio-emotionele ontwikkelingsstoornis:
  - a. blokkade van socio-emotionele ontwikkeling,
  - b. afwijkende socio-emotionele ontwikkeling;
2. verworven psychische ziektes.

In de context van de ontwikkeling van mentaal geretardeerde kinderen moet hier benadrukt worden dat het begrip stoornis van socio-emotionele ontwikkeling betrekking heeft op de discrepante ontwikkeling ten opzichte van de cognitieve vermogens. Bij kinderen waar de cognitieve emotionele en sociale aspecten kwalitatief en kwantitatief harmonisch parallel ontwikkeld zijn, is ondanks het lage niveau van de totale ontwikkeling meestal geen sprake van een psychische stoornis. Zo zal een diep zwakzinnig kind met een harmonisch cognitieve emotionele en sociale ontwikkeling ondanks een stilstand in bij voorbeeld de 1e ontwikkelingsfase (ziet tabel 2) niet als psychisch gestoord gezien worden. Auto-agressieve of agressieve uitbarstingen van zo'n kind bij veranderingen in zijn leefruimte of bij verstoring van zijn dag-



ritme zullen gezien worden als, voor zijn niveau, een normale reactie in gegeven omstandigheden. Evenzo zal gebrek aan sociale contactname bij zo'n kind niet als symptoom van bij voorbeeld een ontwikkelingspsychose maar als een kenmerk van de totale ontwikkelingsachterstand beschouwd worden. De discrepantie tussen verschillende aspecten kan kwantitatief en kwalitatief van aard zijn. Met de kwantitatieve discrepantie wordt bedoeld op het verschil in niveau. Bij blokkade van de emotionele ontwikkeling kan bij voorbeeld de cognitieve ontwikkeling verder gaan terwijl het emotionele niveau onveranderd blijft. Met kwalitatieve discrepantie wordt bedoeld, dat de kwaliteit van de verwerking van bepaalde emotionele ontwikkelingsfasen niet optimaal is, waardoor een afwijkend emotionele ontwikkeling ontstaat. De niveaus van cognitieve en emotionele ontwikkeling kunnen daarbij wel kwantitatief parallel lopen. Bij deze kinderen kan men ook spreken van een verstoring van de persoonlijkheid, een verstoring die de basis vormt voor het ontstaan van verschillende psychische stoornissen. Omdat persoonlijkheidsontwikkeling voor een groot gedeelte door de cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling bepaald wordt, zullen in het verdere betoog persoonlijkheidsstoornissen niet apart besproken worden.

Verworven psychische ziektes zijn de toestanden die zich in het samenspel met endogene predispositie, organische afwijkingen, omgevingsomstandigheden en leeftijd manifesteren en geen rechtstreeks verband hebben met de verstoring van de socio-emotionele ontwikkeling. Deze ziektes zijn bij voorbeeld: hyperkinetisch syndroom, schizofrenie, manisch-depressieve psychose enz.

### Diagnostische indeling

Verdere uitleg over diagnostische differentiatie zal plaatsvinden op grond van praktische ervaringen in het klinisch psychiatrisch werk met geretardeerde kinderen volgens de principes van ontwikkelingsdynamisch denken.

Klinische ervaringen zijn gebaseerd op 730 geretardeerde kinderen. Al deze kinderen werden verwezen voor klinische observatie wegens gedragsmoeilijkheden, functiestoornis of vermoeden van een of andere psychische ziekte.

De leeftijd van de kinderen varieerde van 3 tot 16 jaar en hun cognitief functieniveau van diep zwakzinnig tot rand normaal (IQ  $\pm$  20 tot  $\pm$  80).

Het diagnostisch proces verliep in drie fases. De eerste fase bestond uit:

- a. het verzamelen van anamnesticke gegevens
- b. somatisch, psychologisch en milieuonderzoek
- c. observatie van het gedrag van het kind.

De tweede fase bestond uit verwerking van de verzamelde gegevens en

het maken van de waarschijnlijkheidsdiagnose volgens het ontwikkelingsdynamisch model.

De derde fase bestond uit de exploratieve behandeling waardoor de diagnose bevestigd of verworpen kon worden.

Volgens het ontwikkelingsdynamisch model konden de onderzochte kinderen als volgt diagnostisch ingedeeld worden; (zie ook tabel 3):

- A. Kinderen met geblokkeerde socio-emotionele ontwikkeling (in 33% van de gevallen) met de diagnoses: primaire contactstoornis, ontwikkelingspsychose en negatief-destructief gedrag.
- B. Kinderen met afwijkende socio-emotionele ontwikkeling (in 26% van de gevallen), met de diagnoses: depressieve toestanden, neurotische toestanden, reactieve psychosen en gedragsstoornissen.
- C. Verworven psychische ziektes (in 22% van de gevallen) met de diagnoses: hyperkinetisch syndroom, manisch-depressieve psychose, schizofrenie, reactieve psychoses, organische psychosyndromen en gedragsstoornissen.
- D. Kinderen zonder psychiatrische diagnose in 19% van de gevallen.

Ad A: *Blokkade van socio-emotionele ontwikkeling* – Geblokkeerde ontwikkeling betekent dat de emotionele en de sociale ontwikkeling van het kind tot stagnatie gekomen is terwijl de sensorische, motorische en cognitieve ontwikkelingen verder kunnen gaan. Het kind vertoont hierbij het gedrag dat specifiek is voor de fase waarin blokkade tot stand gekomen is.

Het is belangrijk om te benadrukken dat in gevallen waar naast de blokkade van socio-emotionele ontwikkeling ook de blokkade van cognitieve ontwikkeling in dezelfde ontwikkelingsfase ontstaan is, er niet sprake hoeft te zijn van een psychische stoornis maar van een bepaalde graad van zwakzinnigheid.

Bij een diep zwakzinnig kind met de ontwikkelingsleeftijd van zes maanden zal het bij voorbeeld 'normaal' zijn dat zijn socio-emotionele ontwikkeling geblokkeerd raakt in de eerste adaptatiefase (0-6 maanden) (zie tabel 3).

In andere gevallen waar de cognitieve ontwikkeling verder gaat terwijl de socio-emotionele ontwikkeling in de eerste adaptatiefase blijft steken zal er sprake zijn van de diagnostische categorie primaire contactstoornis. 16% van de onderzochte kinderen vertoonden deze stoornis (Došen 1983A).

De symptomen die deze kinderen vertoonden waren:

1. actieve of passieve afweer ten opzichte van lichamelijk contact;
2. ernstige achterstand in de sociale ontwikkeling en achterstand in de omgang met materiaal;
3. ernstige achterstand in de spraakontwikkeling.

Bij deze kinderen werd anamnesticus regelmatig vermeld dat van het

Tabel 3

Soort van de stoornis	Adaptatiefase	Socialisatiefase	Individuele fase	Later, tot in de adolescentie
Geblokkeerde ontwikkeling	Diepe mentale retardatie. Contactstoornis.	Diepe en ernstige mentale retardatie. Ontwikkelingspsychose.	Ernstige en matige mentale retardatie. Negatief-estructief gedrag.	
Afwijkende ontwikkeling	Fysiologische problemen. Problemen in de interactie met de omgeving.	Moelijkheden tijdens de ontwikkeling van 'at-tachment'.	Stoornissen van eetgedrag, slaapgedrag, zindelijkheid en spraak.	Gedragstoornissen. Leerstoornissen. Moelijkheden in de sociale relaties. Atypische depressieve toestanden. Neurose. Psychotische reacties.
Verworven psychische ziektes tijdens de ontwikkelingsleeftijd	Specifieke symptomen van organische, genetische en metabole stoornissen.	Acute infectieziektes. Epilepsie.	Psychotische reacties op somatische ziektes of op intensive stress.	Psychoses van specifiek type: schizofrenie, manisch-depressieve psychosen. Aspectieke psychotische reacties. Gedragstoornissen door de organische of omgevingsmoelijkheden.

begin af aan de afweer voor lichamelijk contact opvallend was. Hiernaast werd er vaak vermeld dat ze of te rustige of te onrustige baby's waren.

De gegevens over het tijdstip van ontstaan van de contactstoornis zijn belangrijk voor de differentiale diagnostiek. Symptomen van contactstoornis kunnen namelijk ook ontstaan nadat het kind aanvaankelijk hechtingservaringen meegemaakt heeft. In deze gevallen spraken wij van een secundaire contactstoornis. Dit type van stoornis in sociaal contact wordt vaak gevonden bij de categorie van ontwikkelingspsychotische kinderen. Bij deze kinderen spreekt men dan over een zogenaamde knik in de ontwikkeling.

Alle primair contactgestoorde kinderen werden door de contacttherapie behandeld. Dit is een psychotherapeutische benadering gebaseerd op de ontwikkelingsdynamische manier van denken (Došen 1984A). Bij ongeveer de helft van de kinderen werden met deze behandeling goede resultaten bereikt. De afweer van lichamelijk contact verdween en de kinderen maakten een opvallende stap vooruit in hun totale psychische ontwikkeling. Bij de meesten van de andere helft van de kinderen werden wel lichte verbeteringen van het lichamelijk contact bereikt, maar deze kinderen maakten geen spectaculaire sprong in de ontwikkeling mee. Met de verbetering van lichamelijk contact bij deze kinderen vielen er andere symptomen op, die aan autisme of aan ontwikkelingspsychose deden denken.

Gezien het resultaat van de behandeling hebben we verondersteld dat de oorzaak van contactstoornis bij de eerstgenoemde helft van de kinderen aan een inadequate stimulatie van sociale ontwikkeling lag. Bij de tweede helft waren de oorzaken kennelijk meer complex, waarbij intrinsieke biologische factoren een belangrijke rol speelden. Voor de duidelijkheid moet hierbij naar voren gebracht worden dat autisme werd gezien als het gevolg van disfunctie van bepaalde hersenstructuren waarbij de ontwikkeling van bepaalde cognitieve en sociale functies belemmerd wordt. Vanuit het ontwikkelingsdynamisch standpunt wordt autisme beschouwd als een afwijking waarmee in de meeste gevallen het kind geboren wordt en die dus niet door de verstoring van de socio-emotionele ontwikkeling in zijn postnatale leven veroorzaakt wordt. Hierbij moet wel toegevoegd worden dat een autistisch kind groot risico loopt voor een secundaire verstoring van zijn socio-emotionele ontwikkeling en voor het ontstaan van psychische ziektes. Bij door ons behandelde autistische kinderen is vaak gebleken dat ze door de behandeling wel geholpen konden worden met hun contactstoornissen, psychose, depressie of andere psychische stoornissen, terwijl hun specifieke autistische trekken weinig veranderden of onveranderd bleven. Hiervoor hadden ze een andere behandeling nodig.

Bij de kinderen met de blokkade van de socio-emotionele ontwikkeling in de eerste socialisatiefase (tussen 6 en 8 maanden) spraken wij

over een ontwikkelingspsychose (gediagnostiseerd in 5% van de gevallen). Deze term werd naar analogie van het begrip ontwikkelingspsychose van Kamp (1953) gehanteerd. Kamp ordent het spectrum ontwikkelingspsychotische kinderen op een continuum waarbij aan de ene pool autistische kinderen van Kanner (1943) en aan de andere pool symbiotisch-psychotische kinderen van Mahler (1968) staan.

Wij hebben onder de diagnose ontwikkelingspsychose kinderen gerekend die de kenmerken van psychose door Creak (1963) beschreven, vertoonden en daarnaast de symptomen van een secundaire contactstoornis of van een symbiose hadden.

In de behandeling van deze kinderen (Došen 1984A) was het opgevallen dat ze vaak geholpen konden worden door hen te laten regredieren tot in de tweede ontwikkelingsfase en daaruit voorzichtig te stimuleren tot socio-emotionele wederopbouw.

Ontwikkelingsdynamisch gezien lijkt het alsof deze kinderen in de tweede ontwikkelingsfase met onverwerkbare moeilijkheden geconfronteerd werden. Door het tekort aan adequate hechting en aan opbouw van de emotionele veiligheidsbasis konden er twee soorten symptomen ontstaan. De ene soort kinderen werd geconfronteerd met existentiële angsten waardoor ze zich helemaal van contacten terugtrokken en in een secundaire contactstoornis verkeerden. Het andere type kinderen werd met angsten geconfronteerd bij de aanvang van het scheidingsproces waardoor ze in een psychotische toestand raakten, door Mahler (1968) benoemd als 'symbiotische psychose'.

Volgens de klinische ervaringen met deze kinderen krijgt men de indruk dat ze door hun intrinsiek bepaalde afwijkingen gepredisponeerd waren tot grote moeilijkheden in de tweede ontwikkelingsfase. Ondanks de verbeteringen van de psychische toestand door de behandeling, bleven ze overgevoelig voor alle soorten van stress en vertoonden de neiging tot een psychotisch reageren.

Als er een blokkade van de emotionele ontwikkeling ontstaat in de eerste individuatiefase (18-36 maanden), vertoont het kind een beeld dat negatief-destructief gedrag wordt genoemd (Došen 1983B). In de anamnese van deze kinderen hoort men meestal dat het kind tot in zijn tweede levensjaar een evenwichtige psychische ontwikkeling heeft doorgemaakt. Bij het begin van het lopen ontstonden er echter moeilijkheden. Zijn benen namen hem als het ware weg van de schoot van zijn moeder, terwijl zijn emotionele mogelijkheden geen gelijke tred hielden. In zijn behoefte om zijn moeder constant bij zich te hebben en tegelijkertijd ook gestuurd te worden door zijn bewegings- en exploratiedrang ontdekt het kind dat hij – door op een bewegings- en manier bezig te zijn met zijn omgeving – constant de aandacht van de moeder kan houden. Op deze manier ontwikkelt zich een negatieve moeder-kindrelatie die langzamerhand leidt tot steeds grotere emotionele en sociale problemen. Stagnatie van de spraakontwikkeling, van de sociale vaardigheden en in de omgang met materiaal zijn meestal de gevolgen van deze blokkade.

Deze verstoring vonden wij bij 13% van kinderen. Met het oog op een adequate behandeling is het nodig dat er een onderscheid tussen negatief-destructief gedrag en hyperkinetisch syndroom gemaakt wordt. Door een ontwikkelingsdynamisch georiënteerde behandeling konden kinderen met negatief-destructief gedrag vaak goed geholpen worden (Došen 1983B).

Ad B: *Afwijkende socio-emotionele ontwikkeling* – Met de afwijkende ontwikkeling wordt bedoeld dat de socio-emotionele ontwikkeling wel vooruitgaat maar dat de ontwikkelingskwaliteit en de ontwikkelingsrichting niet optimaal zijn en geen voldoende basis geven voor een optimale persoonlijkheidsgroei. In ongunstige omstandigheden loopt het kind het risico om psychisch uit zijn evenwicht te raken. Als gevolg van zo'n ontwikkeling kan in de kleuter- en schoolleeftijd een depressieve of neurotische toestand ontstaan. Hiernaast kunnen er ook periodes van gedragsmoeilijkheden en psychische disregulaties (reactieve psychotische toestanden) optreden als reacties op verschillende veranderingen zowel in de omgeving van het kind als in zijn lichamelijke conditie (b.v. bij lichamelijke ziektes) (zie ook tabel 3). Bij sommige kinderen is het opgevallen dat de symptomen met de leeftijd van het kind veranderen, bij voorbeeld van contactgestoord of negatief-destructief gedrag, in de peuterfase, naar een depressief of neurotisch beeld in de schoolleeftijd. De diagnose depressie werd bij 16% van kinderen gesteld.

De symptomen waren:

1. gedragsproblematiek, waaronder agressief, auto-agressief gedrag, onrust, overbeweeglijkheid of teruggetrokkenheid, passiviteit en motorische geremdheid;
2. affecthonger;
3. onzekerheid en faalangst in opdrachtsituaties;
4. oppervlakkige, weinig beïnvloedbare stemming;
5. stilstand of terugval in cognitieve ontwikkeling;
6. problemen met slapen, eten, encopresis en enuresis;
7. somatische klachten (Došen 1984B).

Vanwege niet altijd uitgesproken depressieve of apatische stemming en tekort aan andere, voor depressie specifieke, klachten, zoals bij voorbeeld verminderde zelfwaardering, schuldgevoel enz. lijkt het klinische beeld van deze kinderen op de zogenaamde gemaskeerde depressie, beschreven door Cytryn en McKnew (1972) of op depressieve toestanden bij kinderen voor de lagere-schoolleeftijd (Poznanski, Zrull, Mich 1970, Kashani, Ray, Carlson 1984).

Volgens het ontwikkelingsdynamisch model zou depressie voornamelijk ontstaan op grond van het tekort aan emotionele basisveiligheid. Vanuit de ervaringen in de behandeling werd deze veronderstelling vaak bevestigd.

Ook neurotische beelden werden bij onze onderzoekpopulatie ge-

vonden. Er zijn auteurs die menen dat ernstiger zwakzinnigen geen neurotische verschijnselen kunnen ontwikkelen vanwege hun te lage intelligentieniveau. Vanuit het ontwikkelingsdynamisch model zou de neurose bij kinderen kunnen ontstaan die onlangs de separatie-individuatiefase naar het opbouwen van hogere persoonlijkheidskwaliteiten gekomen zijn en daarin, door de te hoge verwachtingen vanuit de omgeving, tot conflict met zichzelf gekomen zijn. Het meest voorkomende symptoom bij deze kinderen is een faalangst in de opdracht-situatie, welke eigenlijk de betekenis heeft van bang zijn om niet geaccepteerd en niet geliefd te worden door de belangrijke personen in de omgeving. Verschillende gedragsmoeilijkheden kunnen dientengevolge ontstaan.

*Ad C: Verworven psychische ziektes* – Zoals al eerder aangeduid worden met deze categorie de ziektes bedoeld die op grond van een verworven predispositie voor een bepaalde afwijking op bepaalde leeftijd en/of in bepaalde omstandigheden tot uiting komen. Zo wordt bij voorbeeld een hyperkinetisch syndroom pas lastig in de schoolleeftijd, schizofrenie wordt bij kinderen zelden voor het 5e levensjaar gediagnostiseerd en een manisch-depressieve psychose kan uitbreken uitgelokt door een lichamelijke ziekte. Naast deze genoemde diagnostische categorieën werden onder deze diagnostische groep ook sociale gedragsstoornissen en organische psychosyndromen gerekend. Aangezien deze diagnostische eenheden goed zijn beschreven in de algemene kinderpsychiatrische literatuur, worden ze hier niet behandeld.

Onderscheid tussen verworven ziektes en de ziektes ontstaan op grond van een verstoorde socio-emotionele ontwikkeling is in het bijzonder belangrijk vanwege de behandeling. Terwijl in de behandeling van de ontwikkelingsstoornissen het accent moet liggen op de ontwikkelingslijnen bij verworven toestanden komen verschillende andere methoden evengoed in aanmerking, afhankelijk van de diagnose en de etiologie van de stoornis.

## Conclusie

De diagnostiek en de behandeling van psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnige kinderen is vanuit de traditionele kinderpsychiatrie een zeer moeilijke taak. De defecttheorie leidt tot hulpverlening aan geïsoleerde defecten van het kind met het mogelijk gevolg dat de totale problematiek van het kind en zijn gezin over het hoofd gezien wordt. Meer mogelijkheden zowel voor de diagnostische differentiatie als voor de behandeling biedt het ontwikkelingsdynamisch model waarbinnen het kind in zijn totaliteit in de focus komt te staan. De problematiek wordt overzien langs vier dimensies: somatisch, psychisch, interactioneel en ontwikkelingsdynamisch. Met de veronderstelling dat een zwakzinnig kind in zijn ontwikkeling vergelijkbare fa-

sen doormaakt als een normaal kind, kan een model van de socio-emotionele ontwikkeling van gewone kinderen als vertrekpunt dienen voor de beoordeling van de stand van de socio-emotionele ontwikkeling bij geretardeerde kinderen. Rekening houdend met neurofysiologische en cognitieve ontwikkeling én de symptomatologie en de omgevingsomstandigheden waarin het kind gegroeid is, kan men tot een diagnostische indeling komen, die tegelijkertijd de basis voor de behandeling kan geven. De behandeling wordt niet gericht op de tekorten van het kind maar op de verbetering van zijn totale psychische toestand en op de stimulatie van zijn psychische ontwikkeling.

### Literatuur

- Bowlby, J. (1951), *Maternal care and mental health*. Genève, World Health Organisation.
- Chess, S. (1977), Evaluation of behavior disorder in a group of mentally retarded children. *J. Am. Ac. Child. Psychiat.*, 1, 1-18.
- Corbett, J.A. (1979), Psychiatric morbidity and mental retardation. In: James, F.J. Snaith R.P. (red.), *Psychiatric illness and mental handicap*. Gaskell Press, Londen.
- Creak, M. (1963), Childhood psychosis. A review of 100 cases. *Brit. J. Psychiatry*, 109, 84-89.
- Cytryn, L., D.H. McKnew (1972), Proposed classification of childhood depression. *Am. J. Psychiat.*, 129, 8.
- Došen, A. (1983 A), *Psychische stoornissen bij zwakzinnige kinderen*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Došen, A. (1983 B), Negatief-destructief gedrag bij geretardeerde peuters. *T. Kindergeensk.*, 51, no. 1.
- Došen, A. (1984 A), Experiences with individual relationship therapy within a therapeutic milieu for retarded children with severe emotional disorders. In: J.M. Berg (red.), *Perspectives and progress in mental retardation*, Vol. II, Biomedical aspects. Univ. Park Press, Baltimore.
- Došen, A. (1984 B), Depressive conditions in mentally retarded children. *Acta Paedopsychiat.*, 50, 29-40.
- Ebels, E.I. (1908), Maturation of the central nervous system. In: M. Rutter (red.), *Scientific foundations of developmental psychiatry*. W. Heinemann Med. Books, Londen.
- Greenspan, S.I., en R.S. Lourie (1981), Developmental structuralist approach. Infancy and early childhood. *Am. J. Psychiat.*, 138, 725-735.
- Grossman, H.J. (1983), *Classification in mental retardation*. AAMD, Washington.
- Iivanainen, M. (1981), Neurological examination of the mentally retarded child: evidence of central nervous system abnormality. In: B. Cooper (red.), *Assessing the handicaps and needs of mentally retarded children*. Acad. Press, Londen.
- Kamp, L.N.J. (1953), Les psychoses chez l'enfant. *Acta Neurol. Psychiat. Belg.*, 53, 309-330.
- Kanner, L. (1943), Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child*, 2, 217-250.



- Kashani, J.H., J.S. Ray, G.A. Carlson (1984), Depression and depression-like states in preschoolage children in a Child Development unit. *Am. J. Psychiat.*, 141, 1397-1401.
- Luria, A.R. (1973), *The working brain*. Penguin Press, Londen.
- Mahler, M.S. (1968), *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. Int. Univ. Press, New York.
- Mahler, M.S., F. Pine en A. Bergman (1975), *The psychological birth of the human infant*. Basic Books, New York.
- Menolascino, F.J. (1970), Infantile autism: descriptive and diagnostic relationship to mental retardation. In: F.J. Menolascino (red.), *Psychiatric approach to mental retardation*. Basic Book. New York.
- Menolascino, F.J. (1983), Bridging the gap between mental retardation and mental illness. In: F.J. Menolascino en B.M. Mc.Cann (red.), *Mental health and mental retardation*. Univ. Park Press, Baltimore.
- Piaget (1955), *The child's construction of reality*. Routledge and Kegan, Londen.
- Poznanski, E., J.P. Zrull en A.A. Mich (1970), Childhood depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 23, 8-15.
- Rutter, M. (1978), Brain damage syndromes in childhood, concepts and findings. In: S. Chess en T. Thomas (red.), *Annual progress in child psychiatry and child development*. Brunner Mazel, New York.
- Rutter, M., A. Cox, C. Tupling, M. Berger en W. Yule (1975), Attainment and adjustment in two geographical areas. I The prevalence of psychiatric disorders. *Brit. J. Psychiatry*, 126, 493-509.
- Satz, P., en S. Sparrow (1970), Specific development dyslexia. In: D.S. Bakker, P. Satz (red.), *Specific reading disability*. Univ. Press, Rotterdam.
- Shaffer, D., O. Chadwick en M. Rutter (1975), Psychiatric outcome of localized head injury in children. In: *Ciba Foundation Symposium 34*. Elsevier, Amsterdam.
- Shaffer, D. (1977), Brain injury. In: M. Rutter en L. Hersov (red.), *Child psychiatry, modern approach*. Blackweel Sc. Publ., Londen.
- Van der Vlugt, H. (1979), Aspects of normal and abnormal neuro-psychological development. In: M. Gazzanige (red.), *Handbook of Behavioral Neurobiology*, Vol. 2. Plenum Press, New York.
- Verhulst, F.C. (1985), *Mental health in Dutch children*. Dissertatie, Krips Repro, Meppel.
- Wester, T.G. (1970), Unique aspects of emotional development in mentally retarded children. In: F.J. Menolascino (red.), *Psychiatric approaches to mental retardation*. Basic Books, New York.

---

Schrijver is kinderpsychiater verbonden aan de kinderpsychiatrische kliniek 't Hoekske te Venlo (Postbus 242, 5900 AE Venlo).

Met dank aan prof. dr. Ph.D.A. Treffers voor zijn waardevolle commentaar. Evenzo dank aan drs. J. Boere voor zijn correcties van de tekst.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 17-5-'88.