

Psychoanalytisch denken in de hedendaagse kinderpsychiatrie

J. A. R. SANDERS-WOUDSTRA

Psychoanalytisch denken komt voort uit de psychoanalyse. Psychoanalyse heeft, zoals Freud (1856-1939) aangaf, drie verschillende betekenissen.¹⁻³

In de eerste plaats is psychoanalyse een methode van onderzoek van psychische processen en wel van de invloed van onbewuste impulsen, gevoelens en fantasieën op het functioneren van de mens.

Ten tweede is psychoanalyse een psychologische persoonlijkheidstheorie die Freud ontwikkelde op grond van zijn ervaringen bij de behandeling van hysterische patiënten. Hierbij stuitte hij op het bestaan van de kinderlijke seksualiteit. Tevens kwam hij tot de conclusie dat vroege ervaringen invloed hebben op de volwassen persoonlijkheid. Aldus kreeg zijn theorie een ontwikkelingsaspect.

Ten derde verstaat men onder psychoanalyse een vorm van een psychische behandeling waarbij de analyticus de patiënt helpt klaarheid te verkrijgen in zijn moeilijkheden, kinderlijke karaktertrekken en interpersoonlijke conflicten in termen van ervaringen uit het verleden.

HOEKSTENEN VAN DE PSYCHOANALYTISCHE THEORIE

1. Lang voor Freud werd het bestaan van onbewuste processen aangenomen. Freud was echter degene die de inhoud en de wetmatigheden van deze onbewuste processen beschreef voor normaal en voor gestoord psychisch functioneren.

2. In de psychoanalytische theorie wordt de nadruk gelegd op seksuele en agressieve driften die op lustbevrediging gericht zijn.

3. Lustbevrediging is vaak niet te verzoenen met realiteitseisen en de door de ouders geïnduceerde gewetensvoorschriften en idealen. Om aan dit pijnlijke conflict te ontkomen schakelt de mens afweermechanismen in, hetgeen al in de vroegste kindertijd begint. Op deze wijze worden de driften uit het bewustzijn geweerd en naar het onderbewuste verbannen. Hier blijven ze echter hun stuwende kracht behouden, ondergaan een gedaanteverwisseling en komen weer te voorschijn in de vorm van lastige symptomen, dromen, versprekingen.

4. Het blijven steken in het conflict van het Oedipuscomplex werd door Freud de kern van de neurose genoemd, geldend voor volwassenen en kinderen. Bij het Oedipuscomplex gaat het om de seksuele en agressieve impulsen binnen de gecompliceerde driehoeksrelatie met de beide ouders. Het kleutermeisje dingt daarbij naar vaders hand en wil moeders plaats innemen, terwijl de kleuterjongen moeders man wil zijn en vader weg wenst. Dit laatste gaat gepaard met schuldgevoelens en castratieangst.

HOE STAAT HET HEDEN TEN DAGE MET DE PSYCHOANALYTISCHE THEORIE?

In de afgelopen 50 jaren zijn er vaak uitspraken gedaan zoals: de psychoanalyse is dood; het is een curieus cultureel fenomeen, dat afgedaan heeft; het is een duister openbaringsgeloof uit het Weense fin de siècle. Naast deze 'in memoriams' komen wat meer gefundeerde uitspraken waarin gesteld wordt dat psychoanalytische research geen research is in de gewone zin van de term als bij de sociale wetenschappen.^{3,4} Het is geen verzameling van objectieve metingen die nauwkeurig geanalyseerd worden en tot bepaalde conclusies leiden. Het zijn reconstructies uit behandelingen die tot generalisaties voeren maar die men niet empirisch wenst te toetsen.

Gerenommeerde niet-analytici stellen desondanks dat veel psychoanalytische theorieën zo geïntegreerd zijn in diverse theoretische constructies dat ze niet langer kenmerkend psychoanalytisch zijn.^{5,6} Zo is het concept van het onbewuste niet meer controversieel. De gedachte dat pijnlijke herinneringen verdrongen zijn naar het onbewuste en van daaruit nog hun storende invloed uitoefenen door de daarbij horende negatieve emoties is nooit effectief getest, maar deze suggestie wordt als plausibel geaccepteerd.

Het psychoanalytische concept dat seksualiteit in de kinderjaren begint, is gestaafd. Freuds opvattingen over het Oedipuscomplex en castratieangst⁵ zijn controversiëler. Castratieangst komt ongetwijfeld voor bij sommige kinderen, maar het is twijfelachtig of het universeel is. Overigens concentreren kleuterangsten zich wel rondom het verlies van de integriteit van het lichaam.

Het Oedipuscomplex is nog veel moeilijker te testen. Bij projectieve tests zijn er aanwijzingen te vinden voor het bestaan van het Oedipuscomplex. Niet-analytici vinden de bewijzen echter te tegenstrijdig om krachtige conclusies te trekken. Hoewel toegegeven wordt dat veel kinderen door een fase gaan waarin antipathie ontstaat tegen de ouder van hetzelfde geslacht vinden niet-analytici het Oedipuscomplex verre van universeel. Zij stellen dat het waarschijnlijk afhankelijk is van familieomstandigheden in plaats van een aangeboren dispositie.

Het postulaat van de identificatie met de ge- en verboden van de ouders als inhoud van het geweten en het ik-ideaal is geïncorporeerd in een verscheidenheid van ontwikkelingstheorieën.⁶

Het concept van het zelfgevoel dat een cruciale rol speelt in de persoonlijkheidsontwikkeling is niet langer uitsluitend een psychoanalytisch standpunt. Zoals de meeste theorieën over de sociale ontwikkeling van kinderen gegroeid zijn uit psychoanalytische opvattingen, zo is de psychoanalytische theorie beïnvloed geraakt door observatiegegevens en proefondervindelijk onderzoek van het gedrag van zuigelingen en jonge kinderen.

Mw. prof. dr. J. A. R. Sanders-Woudstra, emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, Emmalaan 93, 3051 JE Rotterdam.

Relevante informatie over de kinderlijke ontwikkeling in de laatste twee decennia heeft de biologische determinanten ervan in het licht der schijnwerpers gezet.^{7,8} De opvatting van Freud dat de pasgeborene een ongedifferentieerd passief wezentje is dat door de socialiserende invloed van ouders en maatschappij gevormd wordt, is verworpen.

De biologische uitrusting van de zuigeling stelt deze in staat om actief stimulatie te zoeken, in interactie te treden met de verzorgers en de omgeving te reguleren. De pasgeborene heeft tevens een opvallend goed vermogen tot leren.⁹ Zes dagen oude baby's kunnen onderscheid maken tussen de geur van hun moeders melk en die van een vreemde;¹⁰ drie dagen oude baby's kunnen moeders stem onderscheiden van die van andere vrouwen. Niet alleen is de zuigeling al jong in staat gebleken tot leerprocessen, maar ook tot het opslaan van informatie die weer in de herinnering teruggeroepen kan worden. Uit onderzoek is verder gebleken dat een belangrijk element voor succesvol 'beouderen' gelegen is in de gevoeligheid voor de behoefte van de baby en het adequaat reageren op de signalen die hij/zij uitzendt.⁸ Dat subtiele samenspel is van speciale betekenis omdat het de basis legt voor latere relaties.

Voor de zuigeling is het bijzonder belangrijk dat het gedrag van de ouder voorspelbaar is. Door leer- en herinneringsprocessen deduceert het kind uit de regels en patronen die het ervaart, hoe volwassenen zich gedragen. Het vormt zich voorstellingen van de ouders. Het gevoel van hun goedheid is gebaseerd op fenomenen zoals het plezier dat het kind met hen ervaart, op hun vermogen zijn spanningen weg te nemen en wordt gevoed door het meesterschap dat het kind zich verwerft om hun gedragingen te voorspellen en te modificeren. Men hoeft geen analyticus te zijn om te begrijpen dat het kind hierdoor een goed en competent gevoel over zichzelf verkrijgt. Kortom, het kind heeft een positief zelfgevoel en vertrouwen in de medemens ontwikkeld, gebaseerd op een wederzijds bevredigende ouder-kindrelatie. Ouders kunnen zich echter ook langdurig boos en gespannen, ongelukkig of depressief voelen en daardoor niet tot een bevredigende interactie met het kind komen.

Ook kan het voorkomen dat het kind, hoe de ouders ook hun best doen, niet tevreden gesteld of getroost kan worden, gebaseerd op onrijpheid van het cerebrum. De gespannenheid, het zichzelf ongelukkig en woedend voelen, zal de voorstelling van de primaire verzorgers – als de situatie te lang duurt – vervormen. Zij kunnen beleefd gaan worden als slechte, onvoorspelbare wezens die vol onbegrip zijn. Aangezien deze vroege voorstellingen het ontluikende zelfgevoel vorm geven, loopt men kans te maken te krijgen met kinderen die zich niet geliefd, slecht en waardeloos voelen. Het gevaar dat er een escalatiespiraal gaat ontstaan van wederzijds onbegrip is niet denkbeeldig. Hierdoor kunnen de kinderen angstig, depressief of agressief gaan reageren en op kortere of langere termijn naar de kinderpsychiater verwezen worden.

Aan de kinderpsychiatrie liggen drie principes ten grondslag.

1. De hersenen zijn de zetel van het psychische apparaat. Bepaalde kinderpsychiatrische ziektebeelden hebben ernstige tot lichte hersenstoornissen als oorzaak, zoals zwakzinnigheid, autisme, het chronische multiplelecticsyndroom en sommige typen van spraak/taalontwikkelingsstoornissen.

2. Het kind is een zich snel ontwikkelend organisme. De pasgeborene moet uitgroeien tot de homo sapiens, waarvoor socialisatie een *conditio sine qua non* is. Hierbij is belangrijk dat ouders warm en steunend zijn doch zonder vijandigheid wel controle uitoefenen op het gedrag van hun kinderen.

3. Alles wat in snelle ontwikkeling is, is ook buitengewoon kwetsbaar voor ongunstige externe omstandigheden, zoals veelvuldige ziekenhuisopnamen in de eerste vijf levensjaren, slaande ruzies tussen de ouders en verwerping of afwijzing van het kind.

Kinderpsychiatrie vereist kennis van het ontwikkelingsproces met zijn leeftijdsafhankelijke kwetsbaarheden, met zijn risicofactoren en beschermende factoren. Kinderpsychiatrie vereist tevens kennis van de invloed van cerebrale stoornissen op het ontwikkelingsproces.

De wijze waarop een volwassene, adolescent of kind functioneert is afhankelijk van zijn wordingsgeschiedenis. Psychisch dysfunctioneren verwees volgens het psychoanalytisch denkmodel naar onverwerkte conflicten in die wordingsgeschiedenis en naar onbevredigende interacties met de ouders. De eerste levensjaren werden als cruciaal beschouwd. Uitgaande van deze premisse, gaf men de schuld van het gestoorde gedrag aan de moeder als primaire verzorgster. Er ontstonden concepten zoals de koele afstandelijke moeder, de vijandige afwijzende moeder, die het denken van kinderpsychiaters en andere hulpverleners gingen domineren. Zelfs als de moeder psychologisch gezond was en haar kind toegewijd, maar het kind desondanks leed aan een psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld autisme of aan daaraan verwante contactstoornissen, betekende dat, dat haar bewuste houding een reactie was op haar onbewuste vijandigheid en afwijzing van het kind. Deze 'het is moeders schuld'-ideologie veroorzaakte onnodige schuldgevoelens en angst bij ontelbare moeders.

Onderzoeksbevindingen hebben aangetoond dat de invloed van gezinservaringen en ouder-kindrelaties op de psychologische ontwikkeling van kinderen groot is.¹¹ In langlopend longitudinaal onderzoek is echter ook gebleken dat zelfs de meest in het oog springende slechte omstandigheden maken dat het voor meer dan de helft van de kinderen ongewoon is om te bezwijken.^{12,13} Uit eigen klinische ervaring is eveneens naar voren gekomen dat sommige kinderen ondanks een zeer langdurige traumatiserende voorgeschiedenis goed functionerende adolescenten zijn geworden, zowel thuis, op school als in hun vriendenkring. De kinderjaren zijn dus niet determi-

nerend. Er zijn individuele verschillen in reacties van kinderen op ongunstige invloeden. Sommigen menen dat bepaalde kinderen constitutioneel zo veerkrachtig zijn dat ze overal tegen kunnen,¹² maar goede ervaringen in een kinderleven – op welk moment dan ook – oefenen daarnaast ook een corrigerende werking uit. Als er sprake is van het voortbestaan van de gevolgen van een ongunstige situatie dan hangt dat samen met het persistenten van slechte omstandigheden. Het getraumatiseerde kind is dus niet gedoemd. De fouten die ouders gemaakt hebben, zijn niet onherroepelijk. Er zijn zo veel onvoorspelbare veranderingen die meer of minder doelbewust in de levensomstandigheden optreden dat het kwade gekeerd kan worden, zoals ook gebleken is door analytische behandelingen van kinderen.

Vanaf de zestiger jaren werd de kinderpsychiatrie gedomineerd door het subspecialisme van de psychoanalyse, de analytische behandeling van kinderen. Deze methode werd door Anna Freud¹⁴ ontwikkeld. Het doel van de behandeling is om door een speciale techniek de innerlijke conflicten van het kind op te lossen en de ontwikkeling weer op gang te brengen. Een behandeling van een kind dat verweven is met zijn gezin, kan niet plaatsvinden zonder begeleiding van de ouders. Ouders moeten daarbij leren objectief naar de problemen van hun kinderen te kijken. Door hun eigen aandeel in die problemen te zien, zijn zij beter in staat om op een andere wijze met hun kinderen om te gaan. Hierdoor voelen de kinderen zich meer gesteund zodat het hun gemakkelijker valt zichzelf beter te begrijpen en hun wens tot ongebreideld uitleven van hun driftimpulsen beter in de hand te houden. Door deze behandelingsmethode is de kennis van de kinderpsychopathologie enorm toegenomen. Tegelijkertijd stuitte men echter ook op de grenzen van de methode waarbij de 'het is moeders schuld'-ideologie voor het ontstaan van de problemen gevolgd werd door 'de ouders werken niet mee'-ideologie voor het mislukken van de behandeling.

De voortschrijdende kennis, mede bepaald door onderzoeksbevindingen die de organische basis van bepaalde ziektebeelden aantoonde, heeft laten inzien dat sommige kinderen niet te behandelen zijn met de analytische methode omdat het bij hen niet gaat om innerlijke conflicten maar om een structureel defect, zoals autisme, verwante aandoeningen of zwakzinnigheid, dat bij jonge kinderen helaas vaak niet onderkend wordt. Deze kinderen zijn gebaat bij andere behandelings technieken.

Hoewel de analytische behandeling van kinderen in zuivere zin alleen toepasbaar is bij neurotische stoornissen is de psychoanalytische theorie niet weg te denken uit de kinderpsychiatrie. Men moet voortreffelijk kunnen diagnostiseren om een goed onderscheid te kunnen maken tussen neurotische en niet-neurotische stoornissen. Om dit onderscheid te kunnen maken is het psychoanalytische denkmodel onmisbaar. Met behulp van het door Anna Freud ontwikkelde concept van de ontwikkelingslijnen en het diagnostisch profiel,¹⁴ kan vastgesteld worden in hoeverre het kind voldoende gestructureerd is

om zich te kunnen aanpassen aan de eisen van de realiteit, of het voldoet aan de gewetensnormen, of het voldoende gericht is op leeftijdsgenoten, kortom of het de taken die een bepaalde leeftijdsfase met zich meebrengt kan volbrengen. Op deze wijze kan gedifferentieerd worden tussen normaal, neurotisch of niet-neurotisch gedrag. Bij de laatste categorie kinderen heeft men andere behandelingsmethoden nodig, afhankelijk van de stoornis.

CONCLUSIE

Het psychoanalytisch denken in de hedendaagse kinderpsychiatrie is en blijft onmisbaar ondanks het feit dat de bevindingen vanuit de epidemiologie, de sociale wetenschappen, de neurowetenschappen en de genetica de gezichtspunten over de oorzaken van psychiatrische stoornissen bij kinderen hebben beïnvloed en in de toekomst nog meer zullen doen. Daarom zal een kinderpsychiatrische opleiding die er in te kort schiet om psychoanalytische concepten te onderwijzen en te leren hanteren als inadequaats beschouwd moeten worden.

LITERATUUR

- 1 Ladee GA. Encyclopedie van de psychiatrie en psychotherapie. Amsterdam: Elsevier, 1976.
- 2 Pierloot RA, Thiel JH. Theoretische grondslagen van psychoanalytische therapieën. In: Pierloot RA, Thiel JH, red. Psychoanalytische therapieën. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1986: 11-43.
- 3 Dare C. Psychoanalytic theories of development. In: Rutter M, Hersov L, eds. Child and adolescent psychiatry. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 1985: 204-16.
- 4 Sullivan JJ. Remarks on psychoanalytic research on the child. In: Wolman BB, ed. Handbook of childpsychoanalysis. New York: Nostrand Reinhold Company, 1972: 595-621.
- 5 Rutter M, Cox A. Other family influences. In: Rutter M, Hersov L, eds. Child and adolescent psychiatry. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 1985: 58-82.
- 6 Rutter M. Childpsychiatry: looking 30 years ahead. J Child Psychol Psychiatry 1986; 27: 803-41.
- 7 Papousek H, Papousek M. Biological basis of social interaction: implications of research for an understanding of behavioural deviance. J Child Psychol Psychiatry 1983; 24: 117-29.
- 8 Stern D, Sander L. New knowledge about the infant from current research implications for psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 1980; 28: 181-99.
- 9 Lipsitt LP. Learning in infancy: cognitive development. J Pediatr 1986; 109: 172-87.
- 10 MacFarlane A. Olfaction in the development of social preference in the human neonate. In: Ciba Foundation Symposium 33 (new series). Parent-infant interaction. New York: Elsevier, 1975: 103-17.
- 11 Rutter M. Psychopathology and development: links between childhood and adult life. In: Rutter M, Hersov L, eds. Child and adolescent psychiatry. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 1985: 720-40.
- 12 Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. Br J Psychiatry 1985; 147: 598-611.
- 13 Chess S. Childhood adolescent psychiatry come of age: a fifty year perspective. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27: 1-8.
- 14 Freud A. Normality and pathology in childhood. New York: International Universities Press, 1965.

AANBEVOLEN LITERATUUR

- Pierloot RA, Thiel JH. Psychoanalytische therapieën. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1986.
- Verhulst FC, Sanders-Woudstra JAR. Kinderpsychiatrie voor de praktijk. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu, 1987.

Aanvaard op 3 oktober 1988