

velen zwaar op de maag. Wij — huisartsen — doen er — meen ik — verstandig aan dit probleem duidelijk te omschrijven en er naar te streven het tot oplossing te brengen.

De introductie van de N.H.G.-werkkaart in 1956, nadien eenmaal — in geringe mate — gewijzigd, heeft de registratie van medische gegevens door de huisarts weliswaar helpen bevorderen, zij heeft er echter niet of onvoldoende toe bijgedragen dit medisch dossier overdraagbaar te maken. Zij is eigenlijk voornamelijk geschikt voor persoonlijk gebruik door deze huisarts.

Ook in andere — met name angelsaksische — landen staat de „medical summary” in de belangstelling (*Fabb*). Men verbindt de medische samen-

vating veelal aan een medisch profiel van de patiënt (*figuur*), omvattende basis-gegevens, allergieën, familie-anamnese, benevens verleden en actuele medische geschiedenis met inbegrip van alle therapeutica. De medische samenvatting van de patiënt bevat tevens een schets van de persoonlijkheid van de patiënt.

Niet alleen ten dienste van de nieuwe huisarts, ook voor iedere huisarts lijkt het bijzonder nuttig een dergelijk medisch profiel van ieder patiënt te maken en aan de patiëntenkaart te hechten, zodat men in één oogopslag is geïnformeerd. Deze werkwijze kan mogelijk bijdragen tot professionalisering van de huisartsgeneeskunde. H.

Fabb, W. E. (1973) *Medical Practice Management* 2, 2-7.

*Rode lampjes in de opvoeding; wanneer krijgen opvoedkundige problemen consequenties?**

DOOR A. R. FRIJLING**

Een van de redenen voor de keuze van dit onderwerp was een probleem dat in het poliklinisch-psychiatrische werk dagelijks de aandacht trekt, dikwijls in de vorm van een wanhopige verzuchting van de onderzoeker: „Waarom zijn deze ouders niet eerder gekomen?”. In talrijke anamneses wordt men geconfronteerd met een reeks kinderneurotische symptomen en opvoedingsmoeilijkheden, die veelal gedurende jaren aan de aanmelding op een kinderpsychiatrische polikliniek of Medisch Opvoedkundig Bureau voorafgaan. Niet zelden heeft men het gevoel dat pas hulp wordt gezocht wanneer alle noodsignalen in werking zijn getreden.

De verzuchting waarom de ouders niet eerder zijn gekomen wordt in de eerste plaats ingegeven door een gevoel van onmacht van de onderzoeker. Dit gaat vaak gepaard met rancuneuze gevoelens jegens de ouders en de verwijzers die „veel te lang hebben gewacht”. Deze primitieve afweer-manoeuvre waarbij men een zondebok vindt om aan gevoelens van onmacht te ontkomen, is een weinig vruchtbaar uitgangspunt voor een beter begrijpen en zo mogelijk oplossen van de problemen. In de hier beschreven situatie heeft de psychiater veelal het gevoel dat hij het gezin beter had kunnen helpen wanneer het in een vroeger stadium onder zijn aandacht was gekomen. In hoeverre deze ver-

onderstelling juist is zal nog nader worden gezien.

Beginselen van de kinderpsychiatrie. In de titel van deze voordracht is sprake van opvoeding en opvoedings-problemen, niet van psychopathologie bij kinderen of kinderneurotische verschijnselen. Daarin komt tot uiting dat men juist in de kinderpsychiatrie voortdurend wordt geconfronteerd met de manier waarop een kind in een bepaald gezin functioneert. Soms kan men de symptomatologie van het kind in hoofdzaak zien als een reactie op belastende gezinsomstandigheden, bijvoorbeeld de woonsituatie of de invaliditeit van een van de gezinsleden. Eveneens kan een storende reactie op interacties van de gezinsleden onderling in het spel zijn.

In andere gevallen krijgt men de indruk dat het kinderlijke gedrag niet meer afhankelijk is van actuele gezinsinvloeden al wordt het daardoor wel versterkt. Dit blijkt onder andere wanneer het kind in belangrijke mate ditzelfde vertoont in relatie tot onderwijzer en leeftijdsgenoten en vaak ook ten opzichte van de psychiater tijdens het kinderpsychiatrische onderzoek. Doch zowel voor reactief als voor neurotisch gedrag geldt, dat een dergelijk gedrag zich heel vaak manifesteert binnen het gezin en dat het dikwijls gepaard gaat met opvoedingsproblemen. Het is daarbij onjuist het kind te beschouwen als machteloos slachtoffer bestuurd door de krachten die binnen het gezin spelen. De eigen wensen en verlangens zijn altijd mede bepalend voor de rol welke het kind binnen het gezin vindt.

Nauw hangt hiermede samen het feit dat in

* Voordracht, gehouden tijdens de studiedag „Kinderen zijn ook mensen”, Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, november 1971.

** Chef de clinique afdeling kinderpsychiatrie, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

hoofdzaak de realiteit die het kind ervaart niet van belang is, maar wel de manier waarop het die realiteit beleeft. Dit geschiedt tegen de achtergrond van zijn voorgeschiedenis, zijn specifieke geardeerdheid en zijn leeftijd. Het zal bijvoorbeeld duidelijk zijn dat ook bij gelijke leeftijd en voorgeschiedenis een ongeluk dat de vader overkomt heel anders „aan-komt” bij een zelfverzekerd kind dat opgaat in zijn relaties met leeftijdsgenoten dan bij een wat angstig kind dat nauw op de ouders is betrokken. Toch zijn het dergelijke verwickelingen die kinderpsychiaters niet zelden de naam bezorgen van theoretiserende warhoofden, die alles kunnen verklaren. Overigens kan niet worden ontkend dat ook in de kinderpsychiatrie soms meer wordt gezegd dan men kan verantwoorden. Wanneer in hetgeen volgt een grens zal worden getrokken tussen normaal en pathologisch dient men in het oog te houden, dat deze grens in de realiteit nooit zo duidelijk is als hier ter vereenvoudiging wordt aangegeven.

Verwijsproblemen. Voor de verwijzer brengt de noodzaak gebeurtenissen en symptomen te plaatsen tegen de achtergrond van de innerlijke belevingswereld van het kind en van zijn ouders een eigen problematiek met zich. Een vaardige anamnestechniek maakt het zeer wel mogelijk snel een aantal gegevens over de ontwikkeling en het huidige functioneren van het kind te verzamelen. Het is echter veel moeilijker een overzicht te verkrijgen over de emotionele betekenis die deze gegevens voor kind en ouders hebben. Ook een specifiek opgeleide onderzoeker heeft hiervoor aanzienlijk meer tijd nodig dan een huisarts in het algemeen voor een patiënt kan vrijmaken. Dit impliceert dat men veelal zal moeten verwijzen, terwijl men op zijn hoogst een vermoeden kan hebben van de ernst van de pathologie. Deze kan overigens van zeer uiteenlopende aard zijn.

Soms blijkt het gedrag van het kind in feite normaal, de ouders beleven dit gedrag evenwel als pathologisch. Het is zeer zinvol via kinderpsychiatrische hulp te trachten zo mogelijk het beleven van de ouders aan de realiteit aan te passen, anders dreigt immers een aanpassing van het kind aan de pathologische realiteit van de ouders. In het tweede voorbeeld zal een en ander nader worden toegelicht.

Soms is er sprake van gestoord gedrag van het kind als reactie op emotionele spanningen binnen het gezin. Slechts door een intensief onderzoek kan dan worden uitgezocht welke invloeden vanuit het kind, welke vanuit de ouders en welke maatschappelijke omstandigheden hieraan meewerken. Pas na dit onderzoek is het mogelijk te bezien wie van de gezinsleden men een bepaalde vorm van hulp kan

bieden in de hoop dat hierdoor een verbetering zal ontstaan.

Tenslotte wordt men evenals in de somatische geneeskunde en in de psychiatrie voor volwassenen geconfronteerd met de ernstige pathologie die therapeutisch niet is te beïnvloeden. Naar mijn mening wordt dit facet van onze diagnostiek te zelden in de openbaarheid gebracht vooral wanneer het niet gaat over psychotische stoornissen maar over pathologische karakterontwikkelingen. Van deze laatste categorie zal een voorbeeld worden gegeven waarbij erop wordt vertrouwd dat men gezien de vele positieve resultaten niet ontmoedigd tot de slotsom zal komen dat verwijzing naar de kinderpsychiater altijd op een teleurstelling moet uitlopen.

Hulp vragen is moeilijk

Alle facetten die zojuist werden genoemd kunnen ertoe bijdragen dat ouders langer wachten met het vragen van hulp dan wenselijk is. In het volgende zal worden getracht zoveel mogelijk wegen aan te geven waarlangs men als verwijzer invloed kan uitoefenen, zodat sneller adequaat op noodsignalen kan worden gereageerd. Tevens zullen in deze voorbeelden worden aangegeven welke vroege symptomen toch al een alarmerende betekenis hebben. Gesteld moet echter worden dat een zekere schroom voor contact met de psychiater en een zekere aarzeling om gezinsintimititeiten met anderen te bespreken binnen ons cultuurpatroon vanzelfsprekend lijkt.

Irreële verwachtingen. In vorige eeuwen hebben wanhopige wetenschappelijke wroeters eindeloos veel energie gestoken in vruchteloze pogingen om uit alle mogelijke substanties die geen goud bevatten, goud te maken. Een niet onbelangrijke categorie ouders ziet men even hardnekkige pogingen doen om de problematiek met hun kinderen op te lossen, waarbij zij echter belangrijke facetten van de problemen hardnekkig negeren.

Casus 1. Eva is een zestienjarig meisje dat op aandrang van de school naar ons werd verwezen wegens zeer slechte wiskundeprestaties. Zij zit in de vijfde klas gymnasium alpha. Hoewel zij sinds jaren nauwelijks iets aan wiskunde doet, is zij in verband met de goede cijfers voor andere vakken steeds overgegaan. Eva is enig kind van zeer conformistische ouders, die — zelf afkomstig uit een arbeidersmilieu — een bloeiend eigen bedrijf hebben opgebouwd. De zorg voor hun enige dochter heeft onder deze inzet geenszins geleden. Integendeel, men zou kunnen zeggen dat beiden zich ook voor haar steeds hebben ingezet. Dit alles heeft goed gemaskeerd dat de betrokkenheid van de ouders op elkander niet groot is. Dit maskeren blijkt vanuit de ouders ook wel nodig, wanneer zij met nadruk stellen dat ruzies en problemen in hun gezin gelukkig niet voorkomen.

Partus en functie-ontwikkeling van Eva verliepen normaal. De zindelijkheidsstraining werd veel te vroeg gestart namelijk

met acht maanden, overigens met vlot resultaat. Dat de ouders hun kind weinig inspraak laten in het tijdstip waarop onze sanitaire eisen ook voor hen gaan gelden, heeft vaak dwingen en koppigheid van het kind op ander terrein tot gevolg. De ouders van Eva hebben hiervan niets gemerkt, doch even later beschrijven zij hoe zij zich jarenlang naar Eva's eisen schikten. Hoe Eva hen bijvoorbeeld het telefoneren en afwassen verbood, omdat dit haar hinderde bij het huiswerk maken. De ouders blijken eindeloos aan koppig dwingen van Eva te hebben toegegeven zonder het zelf te kunnen inzien.

Behoudens rekenproblematiek vanaf de tweede klas lagere school hebben de ouders jarenlang niets storends aan Eva gemerkt. Het laatste jaar is zij thuis wel obstinaat, dat wil zeggen zij is gaan roken en soms gaat zij een woordenstrijd met haar vader aan. Dit laatste zou ons inziens niet alarmerend zijn, ware het niet dat een nader onderzoek van Eva aantoont, dat dit gedrag uiterst weinig met het normale puberteitsproces heeft te maken. Wanneer men zich afvraagt of de pathologische gezinsinteractie nog tot andere symptomen aanleiding heeft gegeven blijkt dit wel degelijk het geval.

Rond vier jaar werd Eva bang voor water en vuur. Deze angst hield vele jaren stand. Vooral tussen twee en vier jaar ziet men bij talrijke kinderen soms hevige, meestal slechts enkele maanden durende fobieën voor bijvoorbeeld dieren, water, vuur, liften. Daar dit ook weer verdwijnt, heeft een dergelijk vaak zeer dramatisch gebeuren geen pathologische betekenis. Tevens viel het de moeder toen op dat Eva meer gesloten was en minder haar gevoel toonde. Deze klacht duidt meestal op een duidelijke rem in de emotionele uitgroei. Wel is het gewoon dat kinderen in het begin van de lagere en van de middelbare schoolleeftijd hun ouders minder laten delen in hun gevoelens, zodat men dan soms met de uitleg aan de ouders kan volstaan dat de kinderen nu wat meer 'privacy' voor hun gevoelsleven gaan opeisen.

Eva ging niet naar de kleuterschool omdat zij volgens haar moeder daaraan nog niet toe was en zij zich thuis ook nooit verveelde. Hierbij moet men bezien dat niet zo zelden enig uitstel bij het gaan naar de kleuterschool is gewenst. Wanneer kinderen de eerste twee schoolweken echt bang blijven, is het veel beter te stoppen en na enkele maanden opnieuw te starten. Maar een volledig missen van de kleuterschool-ervaring werkt erg storend op de latere sociale aanpassingsmogelijkheden.

Eva's rekenstoornis viel voor het eerst op in de tweede klas van de lagere school. Dit werd eerst opgevangen met hulp van de vader en later met bijles. Naast rekenstoornissen op organische bodem manifesteert zich ook vaak neurotische problematiek op dergelijke wijze. Vanwege de ernstige krenking die het niet mee kunnen komen voor een kind betekent, is het van belang bij meer uitgesproken klachten onderzoek te laten volgen om daarop aansluitend specifiek gerichte hulp te kunnen bieden. Bij neurotische leerstoornissen is bijles zonder meer zelden een gewenste oplossing.

Eva maakte van haar tiende tot haar dertiende jaar een periode door van grote snoep- en eetlust die als adipositas werd behandeld. Voorts was vanaf het begin van de lagere schooltijd sprake van een toenemend zich isoleren van leeftijdgenoten. Zowel de snoeplust als het isoleren zijn psychische malaise-symptomen die even weinig specifiek zijn als een verhoogde lichaamstemperatuur bij talrijke lichamelijke aandoeningen.

Tijdens het onderzoek blijkt Eva een erg pienter meisje te zijn dat met een hautain zelfverzekerde houding alle gevoelens en wel heel speciaal gevoelens van onmacht, afhankelijkheid en falen van zich afhoudt. Zij is erg eerzuchtig, maar zij raakt geblokkeerd zodra zij dreigt te falen. Een specifieke rekenproblematiek bleek niet aantoonbaar. Onze

conclusie was dat voor de wiskundeproblematiek geen specifieke hulp was te geven, voor de ernstige neurotische problematiek zou slechts een intensieve psychotherapie hulp kunnen bieden, doch gezien de grote moeite welke Eva en haar ouders hebben om zich afhankelijk te stellen, is het de vraag of zij dit advies ooit zullen opvolgen.

In deze ziektegeschiedenis valt vooral op dat nu de ouders en patiënte tenslotte toch zijn gekomen, men eigenlijk niets voor hen kan doen. Deze teleurstellende ontdekking wordt begrijpelijk wanneer men drie dingen tegen elkander afweegt namelijk: de manifeste en verholde klachten van ouders en kind; de verwachtingen welke de ouders en het kind van de hulp hebben en de hulp welke men heeft te bieden wanneer men de pathologie overziet.

Het niet kunnen of willen rekenen zijn voor dit gezin extern beleefde invloeden die de maatschappelijke uitgroei van Eva belemmeren. Verder valt op dat in dit gezin maatschappelijk slagen erg hoog wordt gewaardeerd. Andere facetten van het leven, zoals vriendschappen, hobbies en emotionele ontplooiing, lijken ondergeschikt te worden gesteld aan dit ene doel.

De verwachtingen van het onderzoek blijken tweeledig: of Eva heeft een geïsoleerde rekenstoornis waarvoor haar deskundige hulp en eventueel verlaging van de exameneisen moet worden geboden of Eva moet in een therapie leren om te willen rekenen, zodat langs deze weg de problematiek wordt opgelost. Voor de rest wenst men eigenlijk dat Eva blijft zoals zij is.

Ten aanzien van de noodzakelijke hulp zou men moeten stellen dat eventueel via een intensieve psychotherapie de extreem narcistische instelling en neurotische inperking van dit meisje in gunstige zin zouden zijn te beïnvloeden en dat zij dan wellicht ook nog haar wiskunde zou kunnen leren. Zij zou daarbij echter zeker tijdelijk in conflict raken met de verlangens naar 'social highlife', die van de ouders uitgaan. Nooit is uiteraard te voorspellen welke mogelijkheden men had gehad indien dit gezin vele jaren eerder voor kinderspsychiatrische hulp was aangemeld. Wel is duidelijk dat het probleem ook dan niet zo gemakkelijk had kunnen worden opgelost. Men heeft wel eerder hulp gezocht bijvoorbeeld voor leerstoornissen en voor snoeplust, maar dan in een vorm die meer past bij het verwachtingspatroon van de ouders.

Op de klachten, verwachtingen en mogelijke hulp werd uitvoerig ingegaan, omdat deze facetten bij uitstek een rol spelen in het proces dat bij het gezin op gang moet komen bij het gaan naar huisarts en specialist. De verwachtingen van het gezin en de mogelijke hulp moeten daarbij geleidelijk op elkander afgestemd raken. Gelukkig staan zij slechts zelden zo diametraal tegenover elkander als in dit geval.

Schuldgevoel. Het nu volgende voorbeeld laat zien hoe schuldgevoelens niet alleen gezinsrelaties verstoren, maar ook niet zelden het moment van aanmelding vertragen.

Casus 2. Menno, bijna drie jaar oud, is enig kind van een ongehuwde moeder. De moeder meldt zich met de klacht dat zij het dwingende aandacht vragende gedrag van Menno niet baas kan. Het eerste wat men hierbij bedenkt is dat het beschreven gedrag op zichzelf past bij een kind van drie jaar, zodat veel afhangt van de intensiteit van dit gedrag en voorts dat zowel stress bij het kind als onzekerheid van de moeder deze verschijnselen enorm kunnen versterken. De klachten van moeder over Menno bestaan al ruim een jaar.

De moeder komt zelf uit een gezin van gescheiden ouders die haar het gevoel gaven dat zij het in hun ogen nooit goed genoeg kon doen en dat stiefkinderen meer werden gewaardeerd. Toen zij zestien jaar was pleegde haar sinds jaren erg depressieve moeder suïcide; een aanpassing in het gezin van haar vader slaagde toen niet meer. Na jaren van omzwervingen sloot zij vriendschap met een gehuwde — doch gescheiden levende — man. Hij deed haar huwelijksbeloften, doch toen zij aan zijn serieuze bedoelingen ging twijfelen forceerde zij een zwangerschap, waarop haar vriend haar verliet. Wel bleef hij tot heden alimentatie voor Menno betalen. In de relaties welke zij nadien nog heeft trachten op te bouwen beleefde zij steeds dat haar vrienden haar verlieten wegens het storende gedrag van Menno.

Wat de voorgeschiedenis van Menno betreft het volgende. Zwangerschap en partus verliepen ongestoord, maar de borstvoeding mislukte omdat Menno de tepel niet wilde nemen. De moeder vertelt dat zij zich erg geremd voelde door de andere moeders op zaal. Het babbelcontact tussen moeder en kind kwam pas laat op gang. Zij beschrijft hoe zij eens met schrik bemerkte dat een buurvrouw wel geluidjes tegen haar baby maakte. Met zeven maanden werd Menno voor halve dagen op de crèche geplaatst, omdat de moeder meende dat hij het daar prettiger had dan bij haar. Tegelijkertijd werd zij bang dat de leidster haar niet mocht en dat zij dit op Menno zou wreken.

De functie-ontwikkeling van Menno verliep binnen normale grenzen. Tijdens het onderzoek blijkt Menno bezig te zijn om zindelijk te worden omdat de moeder zich nu zekerder voelt in haar eis, dat hij eens even op de pot moet blijven zitten ook wanneer hij daarin geen zin heeft.

Uit de inlichtingen van de crèche en uit het onderzoek komt Menno naar voren als een normale actieve kleuter. Alleen lijken de emotionele relaties tussen moeder en kind niet zo hecht als men vaak op die leeftijd ziet. Dit wordt echter duidelijk in de hand gewerkt doordat de moeder zich niet voldoende als verzorgende, helpende en bemoederende instantie poneert. Koppigheid, dwingen en eisen zijn in het onderzoek geheel niet opgevallen.

Het is niet moeilijk in het tobberige relaas van deze moeder de noodlottige trekken te herkennen van een neurotische levensvoering, waarin zoals vaak voorkomt oude ellende uit wat voor duister motief dan ook, aanleiding tot nieuwe teleurstellingen wordt. Bij deze vrouw lijkt het schuldige gevoel niet te mogen slagen een belangrijke plaats bij deze herhaling in te nemen.

Veel gewone moeders kennen een machteloos gevoel wanneer hun kind hard huilt van moeheid, omdat het buikpijn heeft of van ongeduld voor de voeding, waarbij het niet direct is te troosten. Dit

nare gevoel kan door neurotisch schuldgevoel extreem worden versterkt. Bij de moeder van Menno leidde dit ertoe dat zij nooit het gevoel kon hebben een goede moeder te zijn. Wanneer hij op de crèche fijn blijft spelen wanneer zij hem komt halen vreest zij, dat Menno haar als moeder waardeloos vindt. Wanneer hij direct op haar afrent vreest zij dat hij haar de ontaarde hem verlatende moeder vindt, die hij zo heeft gemist. Wanneer Menno braaf op de pot zit, vreest zij dat zij veel te streng is. Wanneer Menno eraf loopt vreest zij het kind nooit zindelijk te kunnen krijgen.

Typerend is in dit verhaal, dat de band van de moeder met de crècheleiding op den duur toch beter werd, dat zij weer een wat vastere vriendschap aandurfde. Eerst toen bracht zij de moed op aan een deskundige de vraag voor te leggen of zij misschien toch nog iets goed zou kunnen doen aan Menno. Dat men mensen die zich zo schuldig voelen snel kan afschrikken is duidelijk, maar men kan ook veel goed aan hen doen.

In de eerste benadering komt het erop aan een scheiding te maken tussen de realiteit en het schuldgevoel. In het algemeen is de leek geneigd de geruststellende realiteit te beklemtonen, doch de patiënt met heftige schuldgevoelens heeft vaak meer behoefte aan de erkenning van zijn gevoel. Indien hij dat gevoel kan verwerken, komt ook het geruststellende besef van de realiteit vanzelf weer bij hem terug. In het geval van Menno is in eerste instantie niet veel meer mogelijk dan de moeder steun te bieden in haar relatie ten opzichte van Menno door telkens weer het neurotische gevoel dat in deze relatie sluipt, te bestrijden. Mogelijk besluit zij op den duur tot een meer specifieke op haar eigen pathologie gerichte therapie. De huidige begeleiding kan in het licht van het bovengestelde ook worden gezien als een springplank naar een dergelijke eigen therapie.

Neurotische schuldgevoelens spelen heel vaak een rol bij aarzelingen van de ouders in het proces van de verwijzing. Bovendien zijn de mildere vormen heel goed beïnvloedbaar mits men onderscheid maakt tussen geruststellen en erkennen van het schuldgevoel.

Identificatie. Het vermogen om ons in de belevingen van kinderen te verplaatsen maakt het ons mogelijk hen te begrijpen en hun gevoelens mee te beleven. Voor opvoeding is echter meer nodig dan begrijpen alleen. Het betekent ook het beschermen van het kind, het stellen van grenzen en het kind leren om te gaan met bepaalde maatschappelijke eisen.

Vooral ouders die zichzelf erg geremd hebben gevoeld door een star opvoedingspatroon, neigen niet

zelden ertoe teveel op bepaalde verlangens van hun kinderen in te spelen. Zij vervallen in het andere uiterste en zij kunnen geen grenzen stellen. Het kind reageert hierop veelal met druk uitdagend gedrag, omdat deze vorm van vrijheid hem overbelast. Door een dergelijk gedrag poogt het kind als het ware alsnog de ouders tot die afgrenzing te brengen welke hij behoeft. In verreweg de meeste gevallen houden de ouders niet zo heel lang stand tegen de provocaties van hun kind. Dit wordt ook in de hand gewerkt doordat het ons niet altijd zo gemakkelijk valt onze kinderen meer toe te staan dan wij zelf mochten. Wanneer die vrijheid dan tot uitdagend gedrag van het kind leidt, is het daarmee gauw afgelopen.

Wanneer dit zo wordt gesteld lijkt het alsof de natuur zichzelf geneest, doch dat is veelal niet het geval, omdat elke dag opnieuw wordt begonnen met tolerantie en eindigt met straf. Het tolerante opvoedingsideaal leidt zodoende tot een leefmilieu met dermate wisselende grenzen, dat het kind dit slechts als willekeur kan beleven. Bij kinderen bestaat in vrijwel elke levensfase een neiging om een strijd met de volwassenen aan te gaan, zodat van hen uit niet veel stabiliserende invloeden zijn te verwachten. Vele ouders merken al snel dat er iets verkeerd is. Zij beleven het als een fout dat zij kwaad worden en dan uitvallen.

Zoals wij al meer hebben gezien, is het dan veelal eenvoudig om hulp te bieden. Soms is het voldoende hun te laten merken dat het niet verkeerd is wanneer men het kind iets verbiedt, dat men als ouders nu eenmaal niet prettig vindt. In een aantal gevallen echter is de identificatie met het kind zo sterk, dat de ouders zich te schuldig voelen om hulp te vragen. Soms is de frustratie in hun eigen jeugd zo sterk, dat het zelfs met intensieve hulp niet gelukt hun instelling ten opzichte van hun kinderen te veranderen.

Belastende sociale factoren. Een vierde mechanisme dat een rol kan spelen bij een late aanmelding is ernstige sociale ellende, die gezinnen vaak gedurende jaren gevangen houdt, zoals ernstige woningnood, vaak gepaard met inwoningsellende en chronische ziekte of invaliditeit van een der ouders. Deze factoren betekenen meestal een zodanige overbelasting voor alle gezinsleden, dat een uitgebreide interactie-pathologie ontstaat. Niet zelden ziet men dat in deze gezinnen de machteloze woede zich dermate ophoopt, dat elke hulp aan een dergelijk gezin wordt bemoeilijkt, hetzij door een gelaten afwijzen hetzij door een paranoïde agressieve houding.

In een aantal gevallen heeft men duidelijke aanwijzingen dat het conflict met de maatschappij dient om althans een zekere harmonie van de gezinsleden ieder voor zich en met elkander te garanderen. Het

saneren van de sociale situatie wordt dan of snel teniet gedaan of heeft een averechts effect op de conflicten binnen het gezin. In vele gevallen echter ziet men hoe het vinden van een betere woongelegenheid wordt gevolgd door een spontaan verdwijnen van elke pathologie of door een gericht hulpzoeken.

In slecht behuisde gezinnen komen herhaaldelijk inslaapproblemen voor, waarbij de kinderen figuurlijk of letterlijk 's nachts een plaats tussen de ouders opeisen. Naast gehorigheid en een tekort aan slaapkamers — factoren die rechtstreeks tot dit symptoom bijdragen — is het ook een stresssymptoom, zowel van de moeder die teveel kinderen overdag thuis heeft in een te kleine ruimte, als van de kinderen, die zich overdag geremd voelen in hun spel en in hun onderlinge ruzies, terwijl ook de vader, wanneer hij thuiskomt direct in deze sfeer betrokken raakt, vaak als scheidsrechter. Dit alles bevordert noch een harmonische huwelijksrelatie noch een rustig inslapen van de kinderen.

Het kind in het tweede levensjaar reageert bij stress met een appèl op de steun van de moeder. Vaak kost het de ouders veel rust en zelfverzekerdheid om het kind in deze periode ertoe te bewegen alleen in zijn bed te gaan slapen. In de oedipale fase is het kind jaloers op de intimiteit welke zijn ouders delen, niet alleen in bed maar bijvoorbeeld ook tijdens het koffiedrinken voor de televisie. Tevens maken zijn oedipale fantasieën waarin hij zich de volwassen minnaar en rivaal waant, hem bang voor wraak en afwijzing. Al deze potentiële conflicten worden door stress van ouders en kind versterkt. Er ontstaan dan gemakkelijk nachtelijke gezins-rituelen die als vicieuze cirkels werken, want zowel teveel toegeven dus bij het kind zitten of het kind bij zich in bed nemen, als te streng straffen versterkt de angst.

Indien de woonsituatie verbetert zal veel ervan afhangen hoelang de interacties bestaan, hoeveel bevrediging ouders en kind daarin hebben gevonden en ook hoeveel positieve gezonde relaties daarnaast in het gezin bestaan. Vaak merkt men dat wel degelijk hulp nodig is bij het doorbreken van dergelijke ingeslepen patronen. Niet zelden wordt men geconfronteerd met gezinnen die zich met de eigen problematiek spontaan melden, enkele maanden voor de verlossende verhuizing. De ouders formuleren soms de vrees, dat het kind dit patroon ook in het nieuwe huis zal voortzetten en wanneer de tijd daar is dreigt hun voorspelling te worden bewaarheid. Wanneer de ouders echter goed zijn begeleid en hun de gelegenheid wordt geboden te ontdekken hoe zijzelf op een appèl van het kind inspelen, heeft men goede kans dergelijke problemen op te lossen.

In hoevere psychiatrische bemoeienis werkelijk

zinnig is binnen gezinnen die door woningnood worden overbelast, is van geval tot geval wisselend. Soms is alle hulp zinloos totdat de woonsituatie is verbeterd. Soms ziet men dat ineens diverse oplossingen worden gevonden zodra de communicatie binnen het gezin weer op gang komt. Ouders die vrezen dat het ook na de verhuizing niet zal gelukken om de relaties te saneren, vormen een dankbare groep wat betreft de kans op succes met betrekkelijk kortdurende hulp.

Een andere indicatie voor verwijzing vormen mijns inziens die gevallen, waarbij kort na de verbetering van de woonsituatie niets blijkt te zijn veranderd. Aandringen op specialistische hulp lijkt dan noodzakelijk.

Conclusies

Het doel van deze verhandeling was niet om een harmonieus geheel op te bouwen, doch om enige facetten te belichten die een rol spelen in het grensgebied tussen een lastig kind en een probleemkind en van het verwijzingsproces dat daarmee kan samengaan. Ook wanneer in grensgevallen de matige intensiteit van de pathologie of de lengte van de wachtlijst doen afzien van verwijzing, zijn het dezelfde mechanismen en attitudes die het handelen ten opzichte van het gezin mede kunnen bepalen. Zo geeft overidentificatie met het kind soms aanleiding tot een te tolerante opvoeding, die wordt doorbro-

ken met driftig uitvallen van de ouders. In milde gevallen bereikt men soms veel resultaat door de ouders als het ware toestemming te geven zich iets „inperkender” tegenover hun kind op te stellen.

Bij niet te lang bestaande inslaap-interacties heeft morele steun aan de ouders vaak tot gevolg, dat zij een weg vinden tussen een teveel toegeven en een te streng afwijzen van hun angstige kind. Deze aanpak biedt zeker betere kansen dan het geven van sedativa aan het kind alleen. Aldus tewerkgaande dient men wel erop toe te zien in hoeverre deze hulp voldoende is of dat toch verwijzing nodig blijkt. Het „onderstrepen” van ongerustheden van ouders en het herkennen dat deze vaak worden veroorzaakt door schuldgevoel, kan meer bijdragen tot een snellere verwijzing dan geruststellen. Het is goed hier nog eens te betogen dat blijvend ongeruste ouders met normale kinderen dringend hulp nodig hebben.

Bij verwijzing naar de kinderpsychiater kan men door de grote rol die onbewuste emotionele factoren bij ouders en kind spelen, slechts zelden overzien hoe ernstig de pathologie is en hoe moeilijk het zal zijn afdoende hulp te bieden. Veelal strekt de hulp zich uit over een periode die wordt gemeten in jaren. In een aantal gevallen blijkt sprake van maligne, niet te beïnvloeden pathologie. Het zal overigens duidelijk zijn, dat men een uitspraak in deze zin slechts mag doen na serieuze diagnostiek, zodat ook in die gevallen verwijzing zeker is gerechtvaardigd.