

Onze visie op kinder- en jeugdpsychiatrie.

Het essay:

Onze visie op kinder- en jeugdpsychiatrie is een integratieve visie op de ontwikkeling van het kind en de complementaire ontwikkeling van zijn/haar ouders/zorgfiguren.

Hierin onderscheiden we, naast levensgebeurtenissen, drie belangrijke dimensies.

Eén: de ontwikkeling van het kind gestuwd door zijn aanlegfactoren.

Twee: de interactie en relatie met zijn context en de betekenissen die worden gegeven aan gedeelde ervaringen.

Drie: de ontwikkeling van de zorgcontext bepaald door zijn aanleg, voorgeschiedenis, representaties over het zijn van een goede zorgfiguur maar vervolgens ook bepaald door de eigenheid van het kind en de relatie.

Hieruit volgt dat we niet kunnen geloven in rechtlijnige oorzaak-gevolg verbanden. Het gaat om een steeds groeiende circulaire beïnvloeding van mekaar en mekaars betekenissen.

Illustratie:

Zeg dus bijvoorbeeld niet: 'Geen wonder dat dit kind zo angstig is, gezien de overbezorgdheid van de ouder.' Maar denk wel: 'Waar zit die kwetsbaarheid van dit kind, sterk aan gevoeld door de ouder, die hem/haar tot grote waakzaamheid aanzette en wellicht op een gegeven moment in de ontwikkeling gezorgd heeft voor een voordelig interactiepatroon?' En: 'Misschien is het ook die kwetsbaarheid (of een andere kwetsbaarheid van het kind en/of de ouder en/of hun relatie), die mogelijk doorheen de tijd gezorgd heeft voor een niet langer voordelig interactiepatroon, dat zichzelf misschien vicieus onderhoudt?' Of nog: 'Is het mogelijk dat diezelfde kwetsbaarheid bij het kind gemaakt heeft dat de grote waakzaamheid van de ouder voor het kind de betekenis kreeg van een alarmsignaal zodat de angst groter in plaats van kleiner werd en de ouder op zijn/haar beurt, zich er al dan niet evenzeer van bewust zijnde, aanzette tot nog grotere waakzaamheid en bescherming?' Enzovoort.

De ontwikkeling van het kind is een verhaal over aanlegfactoren (beperkingen, kwetsbaarheden én kwaliteiten), die sterk bepaald worden door genetica, intra-uteriene groei, perinatale periode en eerste levensjaren. Deze aanlegfactoren in interactie met de omgeving en levensgebeurtenissen vertalen zich in verschillende hersenfuncties zoals: alertheid, aandacht, geheugen, focussen, regulatie van externe prikkels, van gevoelens, van gewaarwordingen en van motorische activiteit, informatieverwerking van al dan niet contextgevoelige, gevoelsgeladen en sociale signalen, invloed van al dan niet verhalende herinneringen al dan niet via een short-cut,

Ons inziens is het hierbij belangrijk om in gedachte te houden dat kinderen niet zo 'maakbaar' zijn als nog te vaak gedacht en dat ongeveer 1 op 5 kinderen een apartere ontwikkeling kent. Wij willen voor deze aanzienlijke groep vooral helpen inzetten op het voldoende aanpassen van de omgeving aan de kwetsbaarheden en op het volop kansen geven aan de ontwikkeling van de sterktes. Dit om zo vaak als mogelijk te komen tot kinderen/jongvolwassenen die hun sterktes kunnen gebruiken en hun kwetsbaarheden voldoende kennen om er mee om te kunnen gaan.

De interactie en relatie met zijn context en de betekenissen die worden gegeven aan gedeelde ervaringen gaat dus over een verhaal van heen en weer. Een verhaal dat leidt tot circulair groeiende betekenissen die al dan niet worden gedeeld, dat leidt tot representaties (van gehechtheid/verbinding) en tot patronen (van interactie). Een verhaal waarvan delen al dan niet al verteld zijn kunnen worden,

Er is uiteraard geen groei zonder vorm van relatie en men kan ook zeggen geen relatie zonder vorm van hechting. De eerste 3 levensjaren en zelfs de eerste 9 maanden in het bijzonder blijken ten zeerste belangrijk en bepalend voor het dominerende type van gehechtheid in de verschillende

relaties die nadien worden aangegaan. Toch willen we benadrukken dat we gehechtheid steeds breed en in een dynamisch perspectief en wisselend ten opzichte van vele verschillende (zorg)figuren benaderen.

Inspiratie vonden we onder meer bij The Circle of Security (Marvin, Cooper, Hoffman and Powell), bij de systemische 'dans' (The Primary Triangle van Elisabeth Fivaz-depeursinge, Antoinette Corboz-warnery; ...), bij The Motherhood Constellation en Les formes de vitalité (D. Stern), ...

De ontwikkeling van de zorgcontext is evenzeer een verhaal van kwetsbaarheden/beperkingen én van sterktes/veerkracht. Die ontwikkeling lijkt naast de eigen constellatie van de verschillende zorgfiguren, zoals beschreven bij de ontwikkeling van het kind, nog bepaald door heel wat factoren. De eigen voorgeschiedenis bijvoorbeeld maar nog meer, en dit is bijzonder interessant, door de plaats/betekenis die deze uiteindelijk kreeg/nog zou kunnen krijgen. Of nog de angsten rond, dromen over en verwachtingen over het zijn van een goede zorgfiguur. Hierbij speelt dan weer de mate van inzicht in en bewustzijn van die angsten, dromen en verwachtingen een niet te onderschatten rol en aan dat inzicht en bewustzijn kan gewerkt worden. En ook de mogelijkheden tot mentaliseren en reflectief functioneren kunnen geoefend worden ...

Het is belangrijk te onthouden dat de zorgcontext van een kind ruimer is dan enkel de primaire zorgfiguren (meestal ouders) en bovendien dat ook de betrokken hulpverleners er deel van uitmaken. Daarnaast blijkt uit bovenstaande beschrijving dat de ontwikkeling van de zorgcontext dynamischer, meer maakbaar en meer aanpasbaar is dan de kwetsbaarheden/beperkingen van het kind.

Inspiratie voor deze ideeën haalden we onder andere uit Ghosts in the Nursery (Freiberg) en Shark Music (Marvin, Cooper, Hoffman and Powell). Toch nog eens benadrukken dat we ons ver houden van een lineair oorzaak-gevolg denken en dus ook van schuldinductie bij ouders. Ouders/primaire zorgfiguren zijn in de eerste plaats noodzakelijk deel van de oplossing!

Wat zijn nu de implicaties van deze visie voor diagnostiek, behandeling en de rol van de kinderpsychiater in onze manier van werken?

Kinder- en Jeugdpsychiatrische diagnostiek dient wat te zeggen over de kindontwikkeling, de relatie met zorgfiguren en de complementair ontwikkelende context. Wij zien diagnostiek niet als losstaand van het hele therapeutisch proces en bovendien meer als voortdurend evoluerend dan als vaststaand op elk gegeven moment.

Wat betreft de kindontwikkeling denken we dan onder andere aan het cognitieve, talige, motorische ontwikkelingsniveau met mogelijke hiaten en bijzonderheden. Daarnaast aan het functioneel sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau in goede en stressvolle omstandigheden. Ook aan eventuele bijzonderheden van sommige hersenfuncties (alertheid, aandacht, geheugen, motivatie, regulatie, informatieverwerking, triggers, ...). Of nog aan de ontwikkeling van het (verhalende) zelf (= leergeschiedenis en betekenissen die daaraan gegeven wordt/werd). ...

Bij de relaties proberen we dan weer een idee te krijgen van de kwaliteit op dat moment, van het type gehechtheid en de complementaire gehechtheidsrepresentatie, van de betekenissen die aan gedragingen gegeven worden, van de veerkracht en de herstelmogelijkheden,

Wat betreft de complementair ontwikkelende context hebben we graag een zicht op de vaardigheden en kwetsbaarheden, op het groeipotentieel, op de mogelijkheden tot mentaliseren en reflectief functioneren, op mogelijke stressoren,

Een DSM-IV/V classificatie, 'het etiketje of labeltje', schiet schromelijk tekort om kinderen in circulaire interactie met hun omgeving te beschrijven en is bovendien absoluut onvoldoende

behandelingsgericht. Het meerassig DC0-3R classificatiesysteem dat naast de klinische stoornis ook de relatie, de medische problemen en specifieke ontwikkelingsstoornissen (cognitief functioneren o.a.), de psychosociale stressoren (met meer ruimte en belang dan bij DSM) en het emotioneel en sociaal functioneren, zonder en onder stress, classificeert, geniet al heel wat meer krediet. Toch willen we vooral de relativiteit van classificeren benadrukken en daarvoor citeren we graag Dr. Georges Otte:

“...In afwachting is het belangrijk blijvend te beklemtonen dat elk diagnostisch label inherent onzeker is, dat er niet zoiets bestaat als een unieke psychiatrische zekerheidsdiagnose, dat psychiatrische onfeilbaarheid van experts een mythe is, dat psychiaters niet altijd de kennistovenaars van de neurotransmissie zijn waar het publiek hen soms voor neemt en dat psychiatrische etiketten ten hoogste beperkte instantiaties zijn, bevroren momentopnames met geringe belichting en wazige contouren, die op geen enkele manier afdoende reflectie en draagvlak kunnen bieden voor de onvoorstelbare rijke complexiteit, vitaliteit en dynamiek waarmee de individuele menselijke psyche ons dagelijks confronteert en – laat het ons stellen – vaak inspireert en toch niet zelden diep beroert en ontroert.” (Dr. Georges Otte - Neuron - Volume 18 - Nr 2 – 2013)

En voegen daar graag nog aan toe: “Bovendien is bovenstaande nog meer waar voor wat de kinderpsyche betreft. Zijn neuronale basis ontvouwt zich in sneltreintempo tegen de achtergrond van een sterk bepalende genetische blueprint. En we kunnen stellen dat het ontstane neuronale netwerk uitgebreider zal zijn en een betere connectiviteit zal hebben als de ontwikkeling ervan kan plaatsvinden in interactie met een voldoende veilige en liefdevolle omgeving.”...

De behandeldoelen en modaliteiten, die we in samenspraak met het cliëntsysteem proberen vast te leggen in een al dan niet formeel behandelplan, zullen we steeds maximaal laten aansluiten bij de verschillende ontwikkelingsniveaus van de desbetreffende kinderen om van daaraf ruimte voor groei en verandering proberen te creëren. Afgaan op het functioneel sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau biedt daarbij veel meer mogelijkheden om juist af te stemmen op de zorgbehoefte van het kind dan vertrekken van een bepaalde ‘aandoening’. Die zorgbehoefte bepaalt de uitgebreidheid en intensiteit van de nodige zorg en de daaruit voortvloeiende draaglast voor de omgeving. Bovendien lijkt onze manier van kijken naar kinderen en hun ontwikkeling herkenbaar en inpasbaar te zijn in zowat alle (grote) psychotherapeutische denkkaders en daarbij uit te nodigen tot integratie. Ook voor eventueel gebruik van ondersteunende medicatie biedt onze kijk een meer heldere richting en rationale.

Medicatie werkt tot nog toe niet genezend maar behandelt symptomen, werkt in op bepaalde (hersens)functies en kan zo mogelijkheden bieden om sommige beperkingen ten gevolge van een ontwikkelingsprobleem gedeeltelijk op te heffen. Er bestaat dus ook (nog) geen aandoening-specifieke medicatie. Medicatie is voor ons steeds slechts een onderdeel van het behandelplan en kan uiteraard pas na een geïnformeerde toestemming (‘informed consent’) van de verzorgers. Door het nog frequent ontbreken van onderzoek is er vaak ‘off label’ (zonder officiële indicatie) gebruik van medicijnen. Wat echter niet wil zeggen dat er geen (wetenschappelijke) basis en rationale voor bestaat, maar wel dat het, naast het feit dat het hier om kinderen gaat, moet aanzetten tot de nodige voorzichtigheid. Dat is dan ook onze voornaamste reden om met de laagst effectieve dosis (‘Minimum Effective Dose’) te werken.

Medicatie moet steeds, net als de andere behandelingen trouwens, gezien worden als bedoeld om de soms desastreuze gevolgen van een aparte ontwikkeling/ontwikkelingsstoornis te voorkomen, alleszins te beperken of enigszins terug te draaien als ze er al zijn. Medicatie mag dus niet gezien worden als middel om de aparte ontwikkeling/de kinderen te veranderen. Enerzijds omdat dat (vooralsnog) gewoon niet kan en anderzijds, maar ook vooral, omdat die aparte ontwikkeling ‘an sich’ niet het grote probleem is. Deze draagt meestal naast de verhoogde kwetsbaarheid/ bepaalde beperkingen ook kwaliteiten in zich. De mogelijke gevolgen waarnaar we hierboven verwijzen

zouden we kunnen indelen in een aantal domeinen. Die zijn: gevolgen op vlak van zelfbeeld, eigenwaarde en zelfvertrouwen, gevolgen op vlak van de relaties met belangrijke anderen zowel volwassenen als leeftijdsgenoten, gevolgen op vlak van risicozoekend, grensoverschrijdend en zelfdestructief gedrag en gevolgen op vlak van middelenmisbruik/afhankelijkheid, Het is steeds ten opzichte van die risico's dat de voor- en de nadelen van psychomedicatie bij kinderen moeten worden afgewogen. (Evenals het ten opzichte van de menselijke en maatschappelijke kosten van die risico's is, dat de kosten-baten analyse zou moeten worden gemaakt).

De kinderpsychiater is gezien zijn/haar meest brede opleiding, wat betreft de bio-psycho-sociale aspecten van de kindontwikkeling, als beste geplaatst om vanuit een meta-positie de integratie van alle aspecten van de behandeling aan te sturen, te 'co-viseren'. We verwachten van de kinderpsychiater een grondige kennis van de neuro-biologie in ontwikkeling, van ontwikkelingspsychologie, van de dynamiek van 'systemen', van de taal van de verschillende psychotherapeutische denkkaders en van (zorg)teamdynamieken, We verwachten van hem/haar ook de vaardigheid om bovenstaande te integreren en om een behandelplan 'op maat' te maken van elk individueel kind met zijn unieke kenmerken, (leer)ervaringen en context. We willen ook dat hij/zij kan omgaan met het 'niet (zeker) weten' en dat hij/zij kan werken voor, met en via mensen (= intermediair werken). Dat houdt de vaardigheden in om medewerkers juist in te schatten, te motiveren en zo nodig iets bij te leren. Maar wellicht bovenal vraagt intermediair werken het kunnen vertrouwen van andere vaardige mensen als zijnde zijn/haar ogen, oren en 'voelsprietten', evenals zijn/haar uitvoerende, uitdragende en overbrengende kracht. De kinderpsychiater kan in bovengenoemde meta-positie gezien worden als uiterst waardevol, zelfs onmisbaar daar waar om welke reden dan ook ontwikkeling van kinderen onder druk staat.

Tot slot geloven wij dat we met het hierboven beschreven model over de ontwikkeling van kinderen en de complementaire ontwikkeling van hun zorgcontext een interessante vertrekbasis hebben gevonden om vernieuwend te kunnen zijn.

Dr. Peter Nordin
Kinder- en Jeugdpsychiater