

Kinderpsychologische zorg in een ziekenhuis is vaak kortdurend en cognitief-gedragstherapeutisch. Anneke Smeets-Schouten en Patrick Meurs beschrijven mogelijkheden tot kortdurende, psychoanalytisch georiënteerde interventies aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen van kinderen die last hebben van obstipatie en broekpoepen. Ze laten zien hoe door enkele gesprekken met ouders en spelsessies met het kind zicht komt op achterliggende gezinsgerelateerde problematiek, en hoe hun functioneren verbetert.

EEN PSYCHOANALYTISCHE INVALSHOEK

KORTDUREND WERKEN MET KINDEREN IN EEN ZIEKENHUIS

In de kinderpsychologische zorg in een algemeen ziekenhuis heeft het cognitief-gedragstherapeutische kader momenteel een belangrijke plaats. Zeker de kortdurende behandelvormen zijn klachtgericht en veelal gedragstherapeutisch. Wij willen daar vraagtekens bij zetten en de diversiteit van het behandel aanbod in een ziekenhuissetting verruimen. Met name de actuele ontwikkelingen in het psychoanalytisch kader bieden nieuwe mogelijkheden voor kortdurende therapeutische begeleiding. In de zorg voor jonge kinderen door zogeheten Infantcentra vanuit de ggz, ook wel 'Infant Mental Health-centra' genoemd, is het psychoanalytisch denken opgenomen. Dit geldt veel minder voor de algemene pediatrische psychologie.

De dominantie van het gedragstherapeutisch kader hangt samen met de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek vanuit dit model. Protocolaire behandelingen zijn makkelijker wetenschappelijk te evalueren dan psychoanalytische psychotherapieën. Lange tijd hebben psychoanalytici wetenschappelijk onderzoek veronachtzaamd. Hier komt de laatste decennia verandering in (zie voor een review over *evidence based* psychoanalytische

kinderpsychotherapie Midgley & Kennedy, 2011). Dat effecten van psychologische behandelingen worden onderzocht vanuit een diversiteit aan therapeutische kaders – en dus niet enkel vanuit de gedragstherapie – is van het grootste belang voor de dynamiek en de diversiteit aan behandelvormen binnen het gehele veld van de kindtherapeutische zorg (Kazdin & Weisz, 2003).

Cognitieve gedragstherapie richt zich op het aanleren van gewenst gedrag. Dit kan een steun in de rug zijn als kinderen een bepaalde ontwikkelingshorde moeilijk nemen, zoals het zindelijk worden waarop we ons in dit artikel richten. De methode kan structuur bieden die in het gezin wellicht onvoldoende gegeven wordt. Of de methode kan juist helpen om het probleemgedrag anders te benaderen, zodat ouders en kinderen uit de strijd raken en het gewenste gedrag aangeleerd kan worden.

Soms is het echter nodig de focus te verleggen van het probleemgedrag naar achterliggende emotionele (gezins-) problematiek. De focus op gedrag heeft ertoe geleid dat er minder aandacht is voor de innerlijke belevingswereld van kinderen en ouders. Net die binnenwereld is een bijzonder aandachtspunt in de psychoanalytische therapie, zoals we in

dit artikel illustreren: de met somatische symptomen verbonden kwetsbare thematieken en belevingen van een kind in de context van een specifiek gezin.

KENMERKEN PSYCHOANALYTISCHE BEHANDELWIJZEN

Een voorbeeld van kortdurende psychoanalytische interventies is de methode die de Tavistock Clinic in Londen hanteert. Deze interventies bestaan uit vijf tot zeven gesprekken of spelsessies met de ouders, het kind of beiden samen. In deze sessies wordt de klacht met ouders en kinderen verhelderd: in welke context is de klacht ontstaan en in stand gehouden? Daarbij heeft de therapeut aandacht voor zowel de verbale als non-verbale communicatie, voor gevoelens van overdracht en tegenoverdracht binnen de therapeutische relatie. Ook is er aandacht voor intergenerationele problematiek. De therapeut observeert hoe het kind een bepaalde problematiek van de ouders of het gezin tot uitdrukking brengt in spel, en ook hoe de ouders soms hun eigen problematiek onbewust projecteren op het kind.

Waar in de cognitief-gedragstherapeutische benadering vooral aandacht is voor veranderingen in de pedagogische attitude van ouders, gaat het in deze kortdurende

psychoanalytische interventies meer om emotionele dynamiek tussen ouders en kinderen. Ook de eigen kwetsbaarheid van ouders, hun eigen levensgeschiedenis en de invloed daarvan op de relatie met het kind, komt zo mogelijk aan de orde.

Een belangrijke pijler van deze werkwijze is het begrip *containment* van Bion (1962, in Emanuel & Bradley, 2008). *Containment* verwijst naar de bereidheid van de therapeut om heftige gevoelens bij het kind en ouders 'waar te nemen, in zich op te nemen, te verdragen en vervolgens betekenis te geven', ofwel te 'containen'.

Containment is verwant aan het actuele begrip 'mentaliseren' van Fonagy et al. (2003): de innerlijke of mentale wereld, verbonden met bepaalde observeerbare gedragingen of symptomen, onder woorden brengen. In het ziekenhuis leven bij hardnekkige somatische symptomen niet zelden ook heftige gevoelens van onmacht, onbegrip en angst. *Containment* van zowel ouders als kinderen is nodig om ruimte te maken voor reflectie, zodat innerlijke noden en behoeften beter begrepen en beantwoord kunnen worden. Gedragingen en symptomen van de betrokkenen worden aldus vertaald in termen van wensen, angsten, verlangens en motivaties.

Een andere belangrijke pijler in psychoanalytisch werken



is het denken vanuit ontwikkelingsfasen die elk hun eigen thematiek en dynamiek kennen. De oude termen orale, anale en oedipale fase verwijzen grofweg naar respectievelijk hechting, de autonomie-ontwikkeling, de sociale ontwikkeling, het eerste besef van gender en de eerste interesse in seksualiteit. Gedragstherapie richt zich vooral op autonome controle over het symptoom. Eenzelfde symptoom kan echter verschillende achtergronden hebben, bijvoorbeeld teleurstelling in de hechtingsfiguren, een vastgelopen autonomie-ontwikkeling of moeite om de realiteit van het ouderlijke koppel te accepteren. Dit betekent dat het therapeutische aanbod ook breder kan en mogelijk moet zijn dan alleen versterking van de autonomie.

Een derde en laatste pijler is die van het gebruik van de spelkamer. Met kinderen kan vaak zo goed gecommuniceerd worden binnen de symboliek van het spel als dit rechtstreeks niet goed lukt. Kinderen in hun spel-taal begeleiden is een vak apart; het zijn niet zomaar volwassenen in het klein!

EEN EXTRA TROEF?

We illustreren het bovenstaande aan de hand van problematiek en behandeling van kinderen die last hebben van obstipatie en fecale incontinentie. Deze groep dient zich frequent aan bij de kinderarts. Binnen de kindergeneeskundige literatuur wordt de behandeling van fecale incontinentie tegenwoordig primair als medisch probleem gezien (Burgers & Benninga 2009). De redenering is als volgt: fecale incontinentie is in tachtig procent van de gevallen retentief, dat wil zeggen dat ophoudgedrag obstipatie veroorzaakt. De ontlasting wordt hard, waardoor ontlasten pijnlijk wordt en de kinderen angstig worden om zich te ontlasten.

Dan ontstaat er soms 'overloopdiarree'. Zachte ontlasting loopt langs de hard geworden ontlasting in het rectum, zonder dat het kind een gevoel van aandrang heeft. De ouders denken soms dat het kind het express in de broek doet. Zo ontstaat er gemakkelijk strijd. Behandeling bestaat eerst en vooral uit laxeren, toiletadviezen en positieve motivering en zo nodig – in een minderheid van de gevallen – gedragstherapeutische behandeling.

In ons ziekenhuis functioneert een 'poep-goed-poli'. Pedagogisch medewerkers werken via een gedragstherapeutisch protocol. Dit werkt vaak heel goed. Een belangrijke vraag die echter vaak onbeantwoord blijft: wat is de reden voor het ophoudgedrag? Die vraag wordt des te belangrijker als bovenstaande advisering niet werkt. In die meer resistente casussen ziet de psycholoog de kinderen en

ouders om mee te denken over mogelijk achterliggende problematiek of de bredere context van hun leven waarin dit symptoom is opgetreden en in stand gehouden.

In een in 2008 verschenen standaardwerk *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* worden de inzichten vanuit de psychoanalyse met betrekking tot deze problematiek als achterhaald beschouwd (Bosch, 2008). Dat is echter een onvolledig oordeel, omdat men daarbij voorbijgaat aan actuele evoluties binnen het analytische model. De potentiële rijkdom van bepaalde aspecten uit dit model worden dan als het kind met het badwater weggespoeld. Bovendien: in het protocol ontbreken vaak ontwikkelingspsychologische inzichten, alsook het zicht op de betekenis van de klacht binnen de primaire relaties en een aanduiding van behandelmogelijkheden als het gewone protocol niet werkt – een situatie die zich overigens vaker voordoet dan men zou denken. Bosch (2008) schrijft wel dat bij fecale incontinentie vaak sprake is van comorbiditeit, maar richt zijn protocol alleen op die kinderen waarbij de fecale incontinentie het primaire probleem is.

Het onlangs verschenen handboek *Incontinentie voor Kinderen* (Groeneweg et al., 2012) gaat wel in op kinderen met dit symptoom én ontwikkelingsstoornissen of leerproblemen. Specifieke kenmerken van het gedrag van

Soms is het nodig
de focus te verleggen
van het probleem-
gedrag naar
achterliggende
(gezins)problematiek

deze kinderen bij dit probleem worden beschreven. Stress en overvraging, gezins- en opvoedingsfactoren worden als oorzakelijke factoren genoemd. De behandeling blijft klachtgericht, gedragstherapeutisch en pedagogisch (Van Kuyk et al., 2012). Kortdurende psychoanalytische interventies bieden andere mogelijkheden om aan onderliggende emotionele problematiek te werken.

Nu eerst een greep uit de psychoanalytische literatuur over dit onderwerp, daarna volgen twee vignetten.

ZINDELJKHEIDSONTWIKKELING

Vanuit het psychoanalytisch kader kwam Anna Freud (1973) via systematische observatie tot het concept van ontwikkelingslijnen: ontwikkelingsstaken die kinderen in relatie tot hun ouders moeten volbrengen. Het gaat om boeiende, ten onrechte vergeten analytische literatuur, met beschrijvingen van ontwikkelingstrajecten als 'van egocentriciteit naar kameraadschap', 'van afhankelijkheid naar emotioneel zelfvertrouwen', 'van lichaam naar speelgoed en van spel naar werkhouding', maar ook 'from wetting and soiling to bladder and bowel control'.

De eerste fase in deze ontwikkelingslijn is die van complete vrijheid om te plassen en drukken wanneer het kind dat wil. De tweede fase, die van maturatie van de sluitspieren, maakt het gaandeweg mogelijk om lichaamsproducten op te houden of ze los te laten en te laten zien wanneer het kind het wil. Zo kan een kind heel trots zijn op 'een drol' die het heeft gefabriceerd. De lichamelijke afgrenzing en het eerste ik-zeggen (de autonomie-ontwikkeling) gaan hier hand in hand; het kind maakt er soms een strijd van. Geleidelijk verwerft het kind autonome controle over de sluitspieren, zodat het leren van zindelijkheid los komt van de perikelen en stemmingen binnen relaties met de zorgfiguren, los van de strijd om autonomie. De zindelijkheid is deel geworden van zelfregulatie en lichaamscontrole, waarover het kind trots is en die hem toelaat nieuwe ontwikkelingsstappen te zetten.

De leeftijd waarop men tegenwoordig zindelijkheid verwacht, ligt vrij laat: tegen het vierde jaar (Bosch, 2008). Dit betekent ook dat de autonome controle over de sluitspieren die los staat van de objectrelaties, langer op zich laat wachten. Bij een te stringente opstelling van de zorgfiguren raken ouder(s) en kind in een moeilijk te staken strijd verwickeld. Wanneer er echter te weinig grenzen worden gesteld vanuit de omgeving, raakt een kind verstrikt in de illusie van onnipotentie (Barrows 1996). Het ophouden van de ontlasting staat dan voor een gevoel van onnipotente

controle over de ontlasting en daarmee over de aandacht binnen de relatie.

De zindelijkheidsontwikkeling kan echter ook bemoeilijkt worden door intense teleurstelling in de ouderlijke zorgfiguur, door verdriet en woede om verlies van betrokkenheid van de ouder. Forth (1992) beschrijft hoe bij een vierjarig meisje het ophouden van ontlasting ontstaat in de context van reële verlieservaringen en overweldigende separatie-angst.

Kortom, het ophouden van ontlasting en het broekpoepen kan veel verschillende betekenissen hebben.

TWEE VIGNETTEN

We presenteren nu twee klinische vignetten ter illustratie. Middels twee gevalsbeschrijvingen lichten we kortdurend werken in het ziekenhuis vanuit psychoanalytisch kader toe. Isa (6,5) werd met en zonder ouders gezien. Annabel (4) kwam samen met haar moeder naar de spelkamer. Daarna volgde een gesprek met beide ouders.

De namen van Isa en Annabel zijn gefingeerd. 'Ik' verwijst naar de eerste auteur van dit artikel.

CASUS 1: ISA (6,5)

Het verwijsformulier van de kinderarts vermeldt: aanhoudende fecale incontinentie bij Isa. Op de 'poep-goed-poli' is het traject goed doorlopen. Tijdens de vakantie geen ongelukjes, daarbuiten echter wel. Hoe te doorbreken?

Als ik Isa en haar ouders voor het eerst zie, is Isa nadrukkelijk aanwezig, wil graag de controle houden, wil veel dingen tegelijkertijd, laat zich moeilijk corrigeren. Moeder ervaar ik als een open vrouw, die graag advies wil over hoe om te gaan met het gedrag van Isa. Vader staat niet achter een verwijzing naar een psycholoog, wil vooral niet te veel bemoeienis.

Vanaf het moment dat ze zindelijk is, heeft Isa last van obstipatie. De overgang van zomaar laten lopen naar controle, sloeg om in extreem ophouden. Zij heeft heel lang niet op het toilet willen poepen. Nu doet ze dat wel, maar heeft regelmatig ongelukjes. Op school gaat het goed. Ze kan het niveau van groep 3 goed aan. Wel kan ze bazig zijn over andere kinderen, vindt ze het moeilijk om haar plek te vinden naast andere kinderen. Slapen en eten gaan goed. De ouders vertellen dat Isa met veel dingen tegelijkertijd wil spelen en het spel moeilijk los kan laten. Op die momenten vindt ze het moeilijk om naar de wc te gaan. Isa sport veel, speelt al hockey en tennis. Ze kan moeilijk tegen frustratie, wil graag winnen. Vader herkent dit, hij waardeert het eigenwijze karakter ook.

Wanneer de ouders tijdens de vakantie rustig aanwezig zijn, heeft Isa veel minder ongelukjes. Moeder werkt in de zorg, heeft onregelmatige werktijden. Vader heeft een fulltime baan. Alle gezinsleden zijn druk met activiteiten. Moeder voelt zich geclaimd door Isa, die het moeilijk kan accepteren als moeder grenzen stelt en haar eigen leven heeft. Moeder stelt die grenzen dan ook niet zo veel, maar raakt wel geïrriteerd door Isa die vervolgens nog meer gaat claimen.

De ouders zie ik terug voor een verlengde intake over de ontwikkelingsanamnese. Moeder vertelt dat Isa precies twee jaar geboren werd nadat vader een levensbedreigende inwendige bloeding had gehad. Dit heeft hun leven veranderd, ze beseften dat ze elkaar zomaar kwijt konden zijn. Ze wilde graag zwanger worden. Dat duurde even, maar uiteindelijk kwam Isa. De bevalling duurde lang, maar verliep verder goed. Isa wilde niet goed aan de borst drinken, moeder kolfde. De vroegkinderlijke ontwikkeling verliep vlot, met drie maanden had Isa kinkhoest waarvoor ze werd opgenomen in het ziekenhuis. Met 2,5 jaar was ze vaak driftig. Ze werd een periode zindelijk, maar poepte nog wel graag in de luier en deed het soms op de wc. Toen ze naar groep 1 moest, wilde ze dat niet meer. De laatste tijd lukt het af en toe.

Mijn eerste gedachte is dat er thuis pedagogische ondersteuning moest komen. Maar de ouders willen geen mevrouw die komt zeggen wat er moet gebeuren. Een andere optie is dat ik Isa eerst beter leer kennen. De ouders willen dat liever. Ik zie Isa drie keer terug in de spelkamer. Daar is ze eerst wat timide, speelt stilletjes in de zandbak. Daarna kruipt ze achter de poppenkast, ik ga er op de grond voor zitten. Isa speelt dat er een geheim is; er zitten mensen verstopt, ik moet raden wie. Dat kan ik niet goed. Vervolgens speelt ze dat een monster een muis doodmaakt en gooit die naar buiten. Dit blijft ze een poosje doen. Ze wil de gedode poppen tussen mijn benen gooien. Ik voel me wat overweldigd, voel dat er letterlijk wat naar buiten gesmeten moet worden.

Ze wil schilderen, begint met grote halen een bloem te schilderen, begint geordend, maar gaandeweg krijgt het meer een besmeurend karakter. Tijdens het opruimen wil ze zich graag verstoppen. Ik speel het spel even mee.

Tijdens de tweede sessie wil ze graag knikkers verstoppen, ik moet ze vinden en vice versa. Telkens is ze weer heel blij als de knikkers gevonden worden. Ze verdraagt het moeilijk als dat even langer duurt en wordt dan commandierend. Wil even wat anders, mij vastbinden met handboeien en zwaardvechten. Nee, toch niet, nog even verder met de knikkers. Ze komt naar me toe, gooit knikkers in mijn trui. Isa wil dan naar mama toe.

Tijdens de derde sessie rent ze vooruit, kijkt in het poppenhuis, in de keukenkastjes. Wil het huis gaan verbouwen, begint te smijten met de meubeltjes. Ik schrik, zeg dat ik niet wil dat we dingen kapot

Met kinderen kan vaak goed gecommuniceerd worden binnen de symboliek van het spel als dit rechtstreeks niet goed lukt



maken. We kunnen wel doen alsof iets kapot gaat. Isa schrikt ook even, doet verder voorzichtig. Het gaat thuis goed, vertelt ze. Er zijn geen ongelukjes meer. En ze is al bijna zeven. Ondertussen ruik ik een windje. Ze lijkt me wat te willen duidelijk maken, maar het komt er niet goed uit.

Ze wil verven, kleien, geeft mij ook een stukje van de taart die ze bakt. Ondertussen memoreer ik wat we allemaal gedaan hebben, dat we de vorige keer knikkers verstopten. Maar die zijn nu weg, zegt Isa. Opeens begrijp ik dat ze die terug had willen vinden in het poppenhuis en dat ze daarom zo boos was toen ze de knikkers niet vond. Gevoelens uiten valt haar niet makkelijk. Gelukkig kan ik de knikkers weer voor haar vinden. Opnieuw is ze erg blij, verstopt de knikkers in de klei die ik moet vinden. Ik voel dat er steeds iets van in de klei te voorschijn moet komen. Maar ook: 'Hou jij mij wel vast, zorg je voor mijn knikkers?'. En: 'Als je dat niet doet, word ik boos'.

Enkele weken later zie ik moeder terug. Inmiddels gaat het beter met Isa. De behoefte aan veiligheid én grenzen wordt duidelijker gezien door moeder. Ik bevestig dat vanuit de spelobservatie. Isa is op school rustiger, liever, minder dominant. De ontlasting doet ze gewoon op de wc. Moeder stelt eerder grenzen bij claimend gedrag, zodat ze op andere momenten meer beschikbaar kan zijn voor Isa. Moeder vertelt dat ook vader zo claimend kan zijn, dan is het alsof ze twee kinderen heeft. Dat vindt ze vervelend. Ze is ook daarin meer grenzen gaan stellen. Moeder merkt dat dit het hele gezin goed doet. Het helpt de gezonde differentiatie tussen de gezinsleden vooruit, zodat de verbondenheid niet belast wordt. Ik vermoed dat vader begeleiding voor henzelf als ouders afhoudt vanwege een te sterk gevoelde kwetsbaarheid, mogelijk samenhangend met de angst die de inwendige bloeding opgeroepen heeft en misschien nog oproept. Deze angst kan in dit gesprek met moeder nog niet benoemd worden. Ze vindt het niet nodig om terug te komen. Isa is weer meer kind geworden, het gezin is meer in balans en het probleem is opgelost.

CASUS 2: ANNABEL (4)

De kinderarts verwijst Annabel, met de vermelding: 'Ophoudgedrag waardoor recent urineweginfectie bij introvert meisje waarvan de ouders een jaar geleden gescheiden zijn.'

Annabel komt samen met haar moeder. Ze komen tien minuten te laat en moeder zegt er meteen bij dat ze over een half uur ook weer weg moet. Dit doet mij vermoeden dat moeder het lastig vindt om te komen en mogelijk in haar nieuwe leefsituatie erg onder druk staat. Annabel is verlegen in het contact, heeft moeite om te reageren op wat pogingen van mijn kant. Ze maakt goed oogcontact, maar is erg verlegen als ze iets moet zeggen. Moeder stimuleert

haar, maar Annabel laat zich niet overhalen.

Moeder vertelt dat Annabel moeite heeft om de ontlasting los te laten, maar het de laatste tijd ook vaak in de broek doet. Ze wil niet graag naar de wc. Thuis ontstaat er vaak strijd. Op school gaat het goed. Moeder vertelt dat ze merkt dat Annabel sterk op moeders stemming reageert.

Ik vraag haar hoe ze dat merkt. Dan vertelt ze dat vader haar een jaar geleden totaal onverwacht verliet, enkele maanden nadat ze getrouwd waren. Voor de scheiding was Annabel gewoon zindelijk. Bij moeder is er veel verdriet over de scheiding. Boosheid komt niet in de kamer, ook niet als ik er naar vraag. Moeder zei dat ze zich vooral gekwetst voelde, en dat ze niet wil dat de kinderen slecht over hun vader denken. De oudste van zes is wel heel boos en hangt nu erg aan haar. Moeder zei dat ze heel duidelijk naar de kinderen was, dat papa en mama allebei van hen houden, maar dat ze nu in verschillende huizen wonen.

Ze geeft meer voorbeelden van hoe ze duidelijk is naar de kinderen. Ze vraagt: 'Hoe moet ik dat nu anders doen?' Ik zeg dat duidelijkheid belangrijk is, maar dat gevoelens van verlies en boosheid er toch kunnen zijn. Moeder huilt. Omdat ik het gevoel krijg dat moeder dit niet te veel wil laten zien in aanwezigheid van Annabel, vraag ik of ze hier misschien op een ander moment op terug wil komen. Ze knikt.

Ik leg aan moeder uit dat het goed zou zijn om wat tijd te nemen en te begrijpen hoe Annabel zich voelt, dat obstipatie op deze leeftijd veel voorkomt. Maar dat het bij kinderen die al zindelijk zijn geweest soms ook betekent dat ze om emotionele redenen de poep ophouden en niet loslaten wat er in hen zit. Bij een scheiding vertonen ze tijdelijk een terugval in hun gedrag en hun ontwikkeling. Annabel is heel onverwacht haar ouders als gezamenlijk ouderpaar kwijtgeraakt; die moeilijk te plaatsen verlieservaring speelt vermoedelijk mee in het ophouden van de ontlasting. Soms zijn kinderen in zo'n situatie ook erg boos, en laten ze ons dat merken door in hun broek te gaan poepen. Annabel luistert intens.

Ik zag Annabel en moeder samen driemaal terug in de spelkamer. Moeder vertelde dat het sinds het eerste gesprek al beter ging met Annabel. Ze doet de ontlasting vaker op de wc en er is minder strijd.

Annabel blijft in de spelkamer eerst nog erg verlegen. Ze wil wel een tekening maken. Ze tekent een huis, maar is niet tevreden en tekent een tweede huis op de achterkant. Ik moet denken aan de twee huizen die ze nu heeft. Gaandeweg ontstaat er contact. Annabel vindt vingerpoppetjes. Ze wil dat zij en ik allebei twee vingerpoppetjes om de vingers doen. De paren moeten identiek zijn. Haar poppetjes beginnen te kussen, en verstoppen zich dan onder de tafel. 'We zien ze even kussen, en dan zijn ze opeens weg,' zeg ik. Ze herhaalt dat spel een paar keer.

Werken met kinderen begint bij de ouders

Tijdens de derde sessie vindt Annabel een babypop die ze hard op de grond laat vallen. Ze lacht uitbundig. Het voelt agressief, het lachen wat over the top. Moeder vertelt in diezelfde sessie dat het beter gaat met Annabel. Ze zit beter in haar vel, het poepprobleem is over en op school merken ze ook dat het goed met haar gaat.

In een gezamenlijk gesprek met beide ouders komt opnieuw aan de orde dat de scheiding voor moeder onbegrijpelijk is. Er komt meer boosheid bij moeder. Ze zegt zeker te weten dat hij een ander had toen hij plotseling vertrok. Vader ontkent dit. Er komt nog geen gezamenlijk verhaal over hun relatie en de scheiding. Beiden zijn wel zeer betrokken op de kinderen, kunnen dat ook in elkaar herkennen en waarderen. De boosheid en het verdriet over de scheiding is weer meer 'van henzelf geworden'. Annabel kon daardoor weer vrijer functioneren. Het gegeven dat de ouders mede door deze sessies elkaar spreken over de voor het kind en de moeder ondenkbare scheiding en over hoe ze verder samen ouders blijven voor Annabel, herstelt enige rust.

BESPREKING CASUS 1 EN CASUS 2

Werken met kinderen begint bij de ouders. Ouders zijn het kwetsbaarst als het over hun kinderen gaat, zeker wanneer ze vastlopen met elkaar en ook hun eigen levensgeschiedenis in het geding is. Enerzijds is er de kwetsbaarheid, maar anderzijds voelen ouders vooral hun verantwoordelijkheid. Daarom is containment – het dragen en betekenis geven aan de zorgen en behoeften van zowel ouders als kinderen – een eerste vereiste.

In deze casussen speelt ambivalentie in de therapeutische relatie een belangrijke rol. In zowel de spelkamer als het contact met de ouders herken ik de overdrachtsgevoelens zoals Pozzi (2003) die beschrijft in relatie tot ouders van een driejarig meisje met dezelfde klachten: 'Initially I had to undergo the same destiny as a faecal lump: pushed forwards and pulled backwards.'

Enerzijds is er het gevoel naar voren getrokken te worden om het probleem bespreekbaar te maken en op te lossen, anderzijds is er afweer en ontkenning. In de casus Isa trok moeder me naar voren, wilde praktisch advies, vader duwde me weg. Ik vermoed dat vader gevoelens van kwetsbaarheid moeilijk verdroeg, misschien vanwege de angst die de inwendige bloeding opgeroepen had, de angst ook voor een recidief. Deze dynamiek doet zich gemakkelijk voor in een

ziekenhuis. Enerzijds is er een sterk appel om klachten op te lossen en meteen in actie te komen, anderzijds wordt nadenken over mogelijke emotionele achtergronden van lichamelijke klachten vaak afgeweerd. Voor het werk van een psycholoog in een ziekenhuis is het daarom zo belangrijk om ruimte te maken voor reflectie. De ouders en Isa zorgden gelukkig zelf voor ruimte voor reflectie in de spelkamer.

Het kinderspel van Isa toont ook hoeveel spanning er zit rondom de moeilijke episode in hun gezin die door de ouders verteld werd. Isa's spel gaat over een geheim, verstopt zitten, verstoppen en daardoor de dingen kwijtraken. En ze toont hoe weinig woorden er vooralsnog waren om over de affectieve binnenwereld van onmacht en schaamte te vertellen. De spanning zet zich mee vast in het lichaam en draagt aldus bij tot haar symptoom.

Typisch voor Anna Freud is de autonomie-ontwikkeling, het zindelijk worden en de agressieregulatie met elkaar te verbinden. De associatie met agressieregulatie zien we in beide gevalsbeschrijvingen. Woede als bescherming tegen kwetsbaarheid en schaamte bij Isa, boosheid en verdriet om het verlies van het ouderlijke koppel bij Annabel. Emanuel (2013) stelt dat een kind bij een gebrek aan ouderlijke 'containment' zichzelf moet dragen, bevatten, inhouden, controleren; het is te zelfstandig en weert kwetsbaarheid af, zoals bij Isa. Ook een recente publicatie van Goodman (2013) benadrukt de rol van kwetsbaarheid in de hechting bij fecale incontinentie. Middels een gedragstherapeutische aanpak van straffen en belonen kon Isa het probleem niet loslaten. Een appel op de autonomie, zoals bij een gedragstherapeutische aanpak, kan dit symptoom van overmatige zelfcontrole nog versterken (Barrows, 1996).

Ook typisch psychoanalytisch is om veel aandacht te hebben voor het verlangen en de angsten van kinderen – bij Isa het verlangen om te kunnen leven zonder angst te voelen dat het leven plots en onvoorspelbaar voorbij kan zijn, bij Annabel het verlangen naar ouderlijke zorg en de angst dat een scheiding vooral die zorg tenietdoet. Wanneer kinderen iets van deze verlangens en angsten kunnen verbaliseren of op hun ontwikkelingsniveau in spelmetaforen tot expressie brengen, staan ze sterker. Het symboliseren biedt dan een tegenwicht aan symptoomvorming, hoewel het ontstane symptoom naast die betekenissen ook andere ontstaansgronden heeft (het is meervoudig gedetermineerd) en een eigen leven kan gaan leiden (bijvoorbeeld door autonome fysiologische processen die het symptoom in stand houden of door psycho-relatieve factoren, zoals secundaire ziekte winst).

Het gaat er niet alleen om dat het spel gespeeld wordt, maar ook dat het 'gehoord, gezien en begrepen wordt' (Vliegen 2007). Vliegen noemt intreden in het spel van het kind door de therapeut een diepe erkenning van de eigenheid van het kind. Dit aandachtig en behoedzaam intreden in de binnenwereld van het kind door

deelgenoot te worden van zijn spel, raakt momenteel in Nederland op de achtergrond. Het volgen van de vrije associatie (de zogenaamde spelinvallen) van een kind wordt vervangen door vrolijk voorbedrukte protocollaire werkbladen. De diepere beleavingswereld van het subject is daarin voor menig kind te weinig in de focus. De therapiekamer wordt dan meer een werkkamer dan een spelkamer.

Annabels spel kan begrepen worden als dramatic enactment (Emanuel, 2008) van het conflict tussen de ouders. Ze liet de vingerpoppetjes zien die elkaar kusten, en ook weer weggingen. De baby die ze liet vallen, deed denken aan hoe zij zichzelf wellicht gevoeld heeft toen het ouderlijke koppel uiteenviel, maar mogelijk ook aan de verlorenheid en boosheid van moeder. Bij de moeder van Annabel voelde ik aanvankelijk een minimaliseren of ontkennen van boosheid, die Annabel des te sterker uitte. Op het moment dat ik die affecten kon benoemen, kregen ze een gezondere plaats in dit gescheiden gezin: de angst dat deze mensen elkaar ook in de ouderlijke zorg zouden laten vallen en het kind daarvan de rekening betaalt. Op het moment dat moeder zelf meer boosheid en diepe ongerustheid kon ervaren, kon Annabel die wat loslaten.

Bij Isa was er meteen bij de eerste sessie het thema van angst, boosheid en zelfs 'dood' die letterlijk naar de therapeute werden gesmeten in de hoop dat die er wat mee kon aanvangen, deze thema's kon verdragen. Ik moest bij de monsterlijke ervaring bedenken dat vader bijna dood was geweest. De poppen moesten tussen mijn benen landen. Ik moest denken aan hoe moeder Isa's geboorte verbonden had aan de levensbedreigende bloeding bij vader.

Bij de tweede sessie kwam het 'verstopperijtje spelen', ontwikkelingspsychologisch een spel in de context van separatie-ervaringen. Niet verwonderlijk dus dat het in de spelkamer van de therapeut vaak gezien wordt bij kinderen die om diverse redenen gepreoccupeerd zijn met verlies (Kapcia 2007). De angst voor verlies draagt dan bij tot het ophouden van ontlasting: ze raken letterlijk verstopt en willen niets meer kwijt raken. Poepen is teveel met controleverlies en absolute onmacht verbonden geraakt. Toen Isa de knikker die ze steeds ergens in de spelkamer verstopt had, onder mijn trui ging verstoppen voelde de knikker als een kindje of een schat (het leven?) dat gekoesterd/beschermd moest worden na zoveel spelfragmenten over monsters en dood. Isa en Annabel konden uiteindelijk hun overmatige controle wat loslaten, kwetsbaarheid meer toelaten; ze werden speelser, ook ten aanzien van de eigen binnenwereld van aanvankelijk ondraaglijke en overweldigende gevoelens. Daar droeg de speltherapeutische techniek vanuit een psychodynamische benadering wezenlijk toe bij.

Bij Annabel kon de betekenis van het spel met de ouders gedeeld worden. Alleen al het benoemen van de relatie tussen het broekpoepen en boosheid en verdriet, zorgde voor verandering. Bij Isa was dit

Wat is de reden voor het ophoudgedrag?

moeilijker. In dit kortdurende werk konden haar heftige gevoelens gezien en 'gecontained' worden binnen de symboliek van het spel, maar nog maar deels met de ouders besproken worden. Isa kon ondertussen echter verder: ze functioneerde harmonieuzer en kon het symptoom loslaten. Dat was voor nu genoeg. Maar wellicht hebben zij en de ouders op termijn een langer durend traject nodig.

BESLUIT

Gedragstherapeutisch werken kan zeer efficiënt zijn. Maar als gedragstherapie stagneert of de symptomen duidelijk secundair zijn aan emotionele gezinsgerelateerde kwesties, bieden psychoanalytische connotaties eveneens grote kansen in de kinder- en ouderbegeleiding bij lichamelijke/ functionele symptomen zoals ontlastingsproblemen. Soms is de focus op het probleemgedrag en de autonome controle daarover te smal.

Recente psychoanalytische publicaties leggen juist de nadruk op de relatie tussen kwetsbaarheid in de hechting en fecale incontinentie (Goodman, 2013). Maar ook de oude ontwikkelingspsychologische observaties van Anna Freud kunnen helpen om de diversiteit van emotionele achtergronden van fecale incontinentie te begrijpen. De vaardigheid om met kinderen binnen de symboliek van het spel te kunnen communiceren, kan zo belangrijk zijn wanneer een rechtstreeks gesprek over het poepprobleem te beschamend is of wanneer er voor de kwetsbare thema's binnen een gezin nog geen woorden zijn.

Vanuit een 'containende' houding kan de invloed van de ouder-kindinteractie of van de eigen problematiek van ouders gedeeld en begrepen worden. In actuele psychoanalytische stromingen zou dat 'mentaliseren', 'mind-mindedness', of 'minding the body' genoemd worden: woorden vinden voor een bepaald probleem of symptoom, woorden die verband houden met de binnenwereld van het kind en de zorgfiguren in de gezinscontext (Fonagy et al., 2002; zie ook Meurs & Cluckers, 1999). Het bieden van containment aan ouders en kinderen helpt soms meer dan concrete advisering. Het probleemgedrag kan soms losgelaten worden

zonder er concreet individueel met het kind aan gewerkt te hebben. Kortdurend werken behoeft niet altijd klachtgericht te zijn.

Al met al biedt kennis van de actuele ontwikkelingen binnen de psychoanalytische therapietraditie supplementaire mogelijkheden en een verrijking van onze therapeutische mogelijkheden.

OVER DE AUTEURS

Dr. Anneke Smeets-Schouten is als kinder- en jeugdpsycholoog NIP, klinisch neuropsycholoog BIG en psychodynamisch kindtherapeut verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van Medisch Spectrum Twente. E-mail: a.smeets@mst.nl. Prof. dr. Patrick Meurs werkt als universitair docent aan de KULeuven en HUBrussel. E-mail: patrick.meurs@ppw.kuleuven.be. De auteurs danken collega's Moniek van Hout en Marleen Raterink voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.

Summary

SHORT TERM PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR CHILDREN IN A HOSPITAL SETTING: A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE

A. SMEETS-SCHOUTEN & P. MEURS

In The Netherlands the work of a child psychologist in a pediatric unit of a general hospital is often short term, and from a cognitive-behavioural perspective. We want to extend the therapeutic options. Recent psychoanalytic developments offer possibilities for short-term interventions. We describe two vignettes of children who suffer from constipation and fecal incontinence. We show how parents and children benefit from a few sessions, how children express their own emotions but also enact parental issues in play. The children are relieved from their symptoms, and function more freely and age appropriate.

These cases show that when symptoms are secondary to emotional family-related vulnerabilities, the actual development of short term psychoanalytic interventions offers therapeutic possibilities.

Literatuur

- Barrows, P. (1996). Soling children: the Oedipal configuration. *Journal of Child Psychotherapy*, 22(2), 240-260.
- Bosch, J. (2008). Protocol voor behandeling van encopresis bij kinderen. In C. Braet & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (p. 219-239). Amsterdam: Boom.
- Burgers R. & Benninga M.A. (2009). Functional nonretentive fecal incontinence in children: a frustrating and long-lasting clinical entity. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48, S98-S100.
- Emanuel, L. (2008). A slow unfolding – at double speed: therapeutic interventions with parents and young children. In L. Emanuel & E. Bradley (eds.), *“What can the matter be?” Therapeutic interventions with parents, infants, and young children*. (p.81-98) London: Karnac.
- Emanuel, L. (2013). Holding on, being held, letting go: Brief and longer term work with families facing separation, loss and bereavement. Unpublished paper, held at the Tavistock Centre, April 15th, London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Forth, M.J. (1992). The little girl lost: psychotherapy with an anal-retentive and soiling four year old. *Journal of Child Psychotherapy*, 18(2), 63-86.
- Freud, A. (1973). Normality and pathology in childhood: assessments of development. In A. Freud *The writings of Anna Freud volume IV* (p. 67-69). New York: International Universities Press.
- Goodman, G., (2013). Encopresis happens: Theoretical and treatment considerations from an attachment perspective. *Psychoanalytic Psychology* 30(3), 438-455.
- Groeneweg M., Vijverberg M., Everdingen, E. van & Deure, J. van der (2012) *Incontinentie bij kinderen. Een handboek voor de praktijk*. Houten: Praelum.
- Kapcia, S. (2007). Over zoeken en vinden, verdwijnen en gevonden worden. Verstoppertje in de spelkamer. In N.Vliegen & L.Van Lier (red.) *Een spel voor twee spelers. Spel en speelsheid in psychoanalytische psychotherapie* (p.107-121). Leuven: Acco.
- Kazdin, A.E. & Weisz, J.R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: the Guilford Press.
- Kuyk, M. van, Voet, H., & Everdingen, E. van (2012). Psychologische diagnostiek en behandeling bij kinderen met functionele obstipatie en fecesincontinentie. In M. Groeneweg, M. Vijverberg, E. van Everdingen, J. van der Deure (red.) *Incontinentie bij kinderen. Een handboek voor de praktijk* (p.109-129). Houten: Praelum.
- Meurs, P. & Cluckers, G. (1999). Psychosomatic symptoms, embodiment and affect. Weaving threads to the affectively experienced body in therapy with children. *Journal of Child Psychotherapy*, 25(1), 71-91.
- Midgley, N. & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: A Critical Review of the Evidence Base. *Journal of Child Psychotherapy* 37(3), 1-29.
- Pozzi, M. (2003). *Psychic hooks and bolts: psychoanalytic work with children under five and their families*. London: Karnac.
- Vliegen, N. (2007). Psychotherapie: een spel voor twee spelers. Spel, spelen en speelsheid in psychoanalytisch werk. In N.Vliegen & L.Van Lier (red.) *Een spel voor twee spelers. Spel en speelsheid in psychoanalytische psychotherapie* (p.21-32). Leuven: Acco.