



het
Ervaringshuis
& de Kinderarts

Het Ervaringshuis in pediatrisch perspectief

Marchinus Hofkamp, kinderarts

Somatisch = lichamelijk

De onverdacht somatische hoek van waaruit de kinderarts in eerste instantie geacht wordt te werken, biedt hem bij allerlei pediatrische problematiek een kostbaar zicht op het functioneren van het hele kind. Somatisch opgeleid als we zijn, valt het niet altijd mee om deze unieke kans op een holistische benadering volledig te benutten. En dat is jammer.

Want voor wat betreft het meer psychisch getinte deel van het klachten-spectrum verkeren we in gunstiger omstandigheden dan veel andere hulpverleners: de drempel naar onze spreekkamer is laag; de patiënten simuleren nauwelijks en we zien hen tezamen met het belangrijkste deel van hun wereld, namelijk de ouder(s). Hoewel de veelal wat stressende werking van de klinische sfeer van de spreekkamer een nadeel lijkt, valt dit in de praktijk erg mee en is nogal eens het omgekeerde het geval: beoordeling van de ouder-kind-relatie in deze lichte stress geeft vaak een zeer verhelderend zicht op deze relatie, zij het natuurlijk in beperkt opzicht. Als we, voor het gemak, de problemen waarmee kinderen bij de kinderarts komen onderscheiden in de meer somatische problematiek en het meer psychisch getinte deel van het klachtenspectrum, dan komen we voor wat betreft deze tweede groep problemen al gauw terecht bij de bekende aandoeningen als:

- huilende zuigeling
- nachtelijke onrust
- bonken en slaaproblemen
- onzindelijkheid voor poep en verstoppingsklachten
- onzindelijkheid voor urine
- eetproblemen
- driftbuien en klitten
- buikpijn en hoofdpijn
- stotteren
- anorexia nervosa (magerzucht)
- malaise e.d.

We hebben geleerd, om naast de somatische lijn, zoals de diagnostiek van eventuele somatische oorzaken, deze problemen ook in een meer psychosociaal licht te plaatsen, waarna veelal een gedragstherapeutische aanpak volgde, in eerste instantie van achter ons eigen bureau, met in tweede instantie de hulp van de ziekenhuis-psycholoog, orthopedagoog en maatschappelijk werkster, of bij ernstiger problemen, van RIAGG of kinderpsychiatrie.

Psychosociale zorg elders – of t/m de spreekkamer?

Komend vanuit het academisch kinderziekenhuis, met waar nodig de hulp van maatschappelijk werk of RIAGG en ook een grote kinderpsychiatrische afdeling in huis, was ik verwonderd in Apeldoorn een relatief grote en drukbezette orthopedagogische afdeling aan te treffen, gekoppeld aan de kinderafdeling, waar ik mijn tot dan toe opgebouwde psychosociale kennis en gedragstherapeutische aanpak zoals de bekende zonnetjes en regenwolken (bij onzindelijkheid) nauwelijks kwijt kon.

Deze verwondering maakte al gauw plaats voor verbazing, toen ik mocht ondervinden, dat in deze orthopedagogische setting die 'Het Ervaringshuis' werd genoemd, dingen gebeurden die ik niet voor mogelijk had gehouden, door processen die ik niet begreep.

Dat gebeurde voor het eerst, toen ik voor een **kind met buikpijn** uithuisplaatsing hoognodig achtte. Deze deze kleuter van vier jaar introduceerde ik bij mevrouw Kluitenberg. Het betrof een al jaren volledig vastzittende gezinssituatie, waarbij het kind moeder op alle mogelijke negatieve manieren claimde en moeder slechts uitgesproken negatieve gevoelens voor het kind kon opbrengen. Het was een kind, dat niet wilde eten, vaak buikpijn had, nooit wilde slapen, altijd huilde en als ze kwaad was, het in de broek deed. Moeder voelde zich geradbraakt en noemde, dat ze in toenemende mate een opkomend gevoel van intense afkeer van het kind moest onderdrukken. Haast overmand door schuldgevoelens hierover dwong ze zich met de moed der wanhoop nog zo goed mogelijk voor het meisje te zorgen. **Ik dacht aan Riagg, en overwoog zelfs uithuisplaatsing. Maar nee:** Een intensieve begeleiding in het Ervaringshuis volgde. Al na een paar weken lachten moeder en kind een keer naar elkaar, na twee maanden trokken ze duidelijk met elkaar op en na een jaar hadden ze ons niet meer nodig! En de buikpijn? Daar was zelden meer sprake van. Moeder schreef nu, inmiddels zes jaar later: 'Onze dochter is opgegroeid tot een vrolijke meld. Ze zal altijd wel dat beetje extra aandacht nodig blijven hebben, maar dat heb ik er graag voor over'.

Voor mij was de hamvraag: Wat gebeurt er dan in 'Het Ervaringshuis'? In eerste instantie kreeg ik allerlei situaties als antwoord, heel interessant, heel leerzaam, maar het waardoor en hoe begreep ik niet.

Goed kijken en blijven verwonderen

Het had slechts af en toe en zijdelings met gedragstherapie te maken, of met speltherapie of met psychotherapie in engere zin, de basis echter moest ergens gevonden worden in het reilen en zeilen binnen dit huis. We zijn **samen** op zoek gegaan naar de sleutelfuncties van het Ervaringshuis en dit werd een hele ontdekkingstocht. Een tocht die nog lang niet ten einde is en als het goed is, nooit **door 'denken te weten'** ten einde zal komen. Zolang we met elkaar en met name ook met kinderen omgaan, zo lang zullen we ons **blijven** verwonderen, omdat kinderen ons op een vaak verrassende wijze oproepen. Ik zal u deze ontdekkingsreis hoe interessant ook, niet verhalen, maar me beperken tot uitkomsten, welke overigens soms zó basaal en zó simpel lijken, dat een serieus en gestudeerd academicus hier nauwelijks in geïnteresseerd zou zijn.

Eenvoud is echter vaak het kenmerk van het ware.

Het meest kenmerkende van het Ervaringshuis is de positieve sfeer, die er heerst en bewaard wordt. Een kind dat zijn leven lang al, om welke reden dan ook, narigheid met een ouder heeft moeten delen en omgekeerd, krijgt de ruimte en kansen om iets fijns te delen binnen de speelmogelijkheden van het huisje, krijgt de mogelijkheid om samen iets fijn te vinden en te lachen. Dat de voedingsbodemp voor het ontvangen van zo'n lach ook bij de ouders niet zo onbevangen is als ooit bij het eerste lachje van het kind had kunnen zijn, is duidelijk en ook dáár ligt een kracht van het 'huisje'.

Wat is het eigen verhaal van de ouder? De sfeer van het 'huisje' maakt het ouders veelal mogelijk om voor het eerst van hun leven hun eigen verhaal te vertellen; niet alleen vanaf de geboorte van hun kind, maar ook het verhaal van hun huwelijk en vooral de relatie met de eigen ouders. Hoewel veelal daar al de basis ligt van de huidige problematiek, is het meestal niet eens nodig dit verder uit te diepen. Vaak helpt het vertellen van het verhaal zelf al voldoende, vooral als delen hieruit beter geduid kunnen worden. Het is een vorm van 'alles z'n plek geven'.

Met elkaar wonen - Met elkaar in begeleiding

Wat mij verbaasde in het huisje was, dat iedereen en alles gewoon **met elkaar begeleid** werd, ongeacht de aard van de problematiek. Bij zoveel verschillende medische problemen trof ik (ogenschijnlijk) geen specifiek op het probleem geënte behandelwijze aan. Er was geen therapie tegen onzindelijkheid of tegen buikpijn of nachtelijke onrust. Er was omgang met elkaar, waarbij ieder met zijn gedrag en eigenschappen die aandacht kreeg en leerde geven, die kennelijk verlangd werd, wederzijds.

Kennelijk is dat, waar het om gaat.

Leren omgaan met elkaar, leren wonen bij elkaar, wat alleen lukt als ieder, vaak door één of meerdere positieve ervaringen, weer ontvankelijk kan worden voor nieuwe ervaringen; als onbevangenheid ontstaan kan door het voorzichtig, maar steeds méér loslaten van vastgeroeste beeldvorming van de ander en van zichzelf. Want leren omgaan met elkaar en leren wonen bij elkaar betekent ook leren omgaan met jezelf en leren wonen bij jezelf, in je eigen huis en in je eigen lijf.

Daar nu ligt de link naar het lichamelijke. Iemand, die 'niet lekker in zijn eigen lijf zit', kan niet lekker in zijn eigen huis wonen en kan ook anderen, ook zijn (of haar) eigen kind niet lekker bij zich laten wonen. Wezenlijke omgang, wat een dynamisch golfpatroon van de een naar de ander en van de ander naar de een betekent, met genoeg speelruimte om deze golfbeweging mogelijk te maken, wezenlijke omgang is dan niet mogelijk. Waar geen echte omgang is blijft de werkelijke vraag om genegenheid, liefde en bevestiging onbeantwoord, hoeveel liefde er ook nog zou zijn.

Deze vraag blijft echter, steeds gerepeteerd, steeds dwingender door het radeloze ontbreken van wezenlijk antwoord.

Gedwongen voelen

Deze steeds klemmender monotonie in de wanhopige herhaling van onbegrepen vraag en zinloos antwoord vormt bij veel van onze kinderen de basis van het somatische klachtenpatroon, waarmee ze aangemeld worden. 'Gedwongen voelen', het lijkt haast een metafoor als we de kinderen **op ons spreekuur** zouden proberen onder te brengen onder dit hoofdstuk, maar met enig invoelend vermogen blijkt hoe vaak en hoezeer dwang een rol speelt. Dwang klinkt zo direct en bestaat ook vaak in directe zin in relaties, ook de ouder-kind-relatie. Het vreemde is echter dat er slechts zelden sprake is van willen dwingen en vrijwel steeds van je gedwongen voelen. Het ervaren van dwang binnen een relatie blijkt **dus** van relatieve aard te zijn.

De kinderen met problemen, die veelal bij de kinderarts komen, zijn kinderen die **gevoeliger zijn voor een directe benadering, die als er in directe termen een beroep op hen wordt gedaan sneller dan anderen, dit als dwang zullen ervaren**. Ze voelen zich heel gauw klem gezet en trekken zich terug in hun schulp of schijnbare meegaandheid, waardoor ze de mogelijkheid ontberen om te leren tot andere, **meer** gevarieerde en speelsere oplossingen te komen.

De onvrede blijft **dan**, en omdat vraag en antwoord niet op elkaar zijn afgestemd, **stapelt het zich op** (functionele klachten blz 5) doordat wezenlijke relatie mankeert. De genoemde klachten aan het begin van dit verhaal kunnen **daarvan** het gevolg zijn en elke hulpverlener, die met deze klachten te maken heeft, weet welk een dwangsituaties deze klachten in gezinnen kunnen opleveren, tot volledige ontwrichting van het gezinsleven toe. Want de wrange ironie van het kinderlot is, dat de genoemde klachten het resultaat zijn van lichaamsfuncties, die zelfs de machtigste ouder met de sterkste en meest directe wapens in

de ontstane strijd, niet af kan dwingen. Het kind laat zich niet dwingen te eten, en zeker niet te poepen of juist zindelijk te zijn, het laat zich niet dwingen in te slapen of door te slapen, of gewoon rustig te zijn. Dat de ouder zich dan weer gedwongen kan voelen het bed te verschonen, poep te ruimen, 's nachts wakker te worden, toe te zien dat het kind niet eet enz, is duidelijk. De meest harde verwijten (en soms repressie) kunnen het gevolg zijn. 'Ontstane strijd' klinkt zo agressief, maar vergeet niet dat het juist vaak erg lieve kinderen betreft, juist kinderen die geen direct antwoord hebben op geculmineerde gevoelens van ongenoegen. Dit maakt het voor ouders vaak juist extra moeilijk om met hun negatieve gevoelens jegens het kind bij een ander aan te kloppen. De ander begrijpt haar of hem niet, omdat het zo'n lief kind is. De ouder staat vaak alleen met eigen pijn en wanhoop en voelt zichzelf volledig tekort schieten of – en dat vooral in geval van buikpijn, hoofdpijn en malaiseklachten – voelt dat op z'n minst ook de arts tekort schiet. Dat deze een dergelijke situatie ook vaak als dwingend ervaart, laat zich raden. Misschien minder voor de hand liggend lijkt, dat ook de omgekeerde situatie even problematisch is, namelijk de altijd lieve ouder, die nooit boos wordt en daarmee geen ruimte kan geven aan boosheid van het kind.

Spanning kan 'zomaar' ontstaan

Hoe begint zo'n proces, hoe kan een dergelijke haast fatale ontwikkeling beginnen? Ik zou u vele voorbeelden kunnen noemen, vele factoren die een rol kunnen spelen, maar ik zal me beperken tot enkele veel voorkomende, waarbij het huidige tijdsbeeld een belangrijke rol meespeelt.

Het doordringende huilen van een baby klinkt, hoe argeloos ook, dwingend en kan met name door de moeder als onduldbare dwang ervaren worden, zo al, maar dit nog eens extra als het kind zo weliswaar qua geboortetijdstip zo gepland was, maar niet qua temperament. En als je je realiseert, dat je een leuke werkkring in de steek hebt gelaten door hem in te ruilen voor deze door spanning, verdriet en vermoeidheid frustrerende ervaring, dan kunnen spijt en andere negatieve gevoelens de overhand krijgen, temeer daar manlief gewoon met z'n lekkere job kan doorgaan. Als dit huilen dan ook nog plaatsvindt in een flat of gehorige eengezinswoning, zonder vertrouwde grootouders of andere familie binnen handbereik die het eventjes van je zouden kunnen overnemen – omdat we nu eenmaal verder dan vroeger uitwaaiëren – dan krijgt dit niet onalledaagse plaatje al wat meer kleur voor u.

De kleinere gezinnen waar we tegenwoordig zelf in grootgebracht zijn, maken het plaatje wel rond. Omgang met kleine kinderen wordt voor de meesten van ons pas tot een dagelijks gebeuren tegen de tijd dat we zelf onze eigen kinderen op mogen voeden in net zo'n klein gezin. Een vanuit erfelijke overwegingen niet onverwacht dilemma is, dat zo een kind, dat niet de mogelijkheden heeft geleerd om speels met een direct boodschap om te gaan veelal minstens één ouder heeft, die daar ook grote moeite mee heeft.

Zoals genoemd levert dit nogal eens de vicieuze cirkel op van een kind en ouder, die elkaar vanuit hun eigen schulp bestoken, met direct aandoende en nauwelijks gevarieerde middelen, welke slechts een gigantische indirecte vraag om aandacht, begrip en genegenheid verhullen.

Direct of indirect aangesproken worden

Het fenomeen, dat indirecte wegen vaak gemakkelijker te bewandelen zijn dan directe, is overigens weinig mensen vreemd en heeft op zich niets met afwijkend gedrag te maken, integendeel zou ik haast zeggen. In veel culturen en in onze eigen ook nog enigszins, geldt het niet voor niets als minder beleefd, om iemand zo maar een directe vraag te stellen, of een opmerking te maken. Indirect contact is gemakkelijker dan direct contact en op talloos verschillende wijzen is deze indirecte vorm dan ook in onze samenleving ingebouwd.

Ik zal u enkele voorbeelden noemen:

- Een verzoek aan iemand begint vaak met de vraag naar zijn gezondheid, zijn huidige omstandigheden etc.;
- Gewenste toenadering begint met een praatje over het weer, een verwachte gezamenlijke interesse e.d.;
- In een vergadering met hete hangijzers praat men via de voorzitter naar elkaar om contact op niveau mogelijk te laten blijven. De beste contacten komen overigens in de wandelgangen tot stand;
- De beste gesprekken vinden vaak 'terloops' plaats, bv. tijdens een wandeling, niet tegenover elkaar zittend.
- En wie van ons hulpverleners kent niet na afronding van het gesprek de vraag, die schijnbaar terloops nog even gesteld wordt met de deurknop in de hand, de wezenlijke vraag waar juist alles om draaide?;
- Als laatste een voorbeeld, dat gevoelig ligt voor velen van ons: hoe veel goede bedoelingen tot seksuele voorlichting aan onze eigen kinderen zijn niet definitief gestrand 'omdat de goede gelegenheid ontbrak' of de 'juiste voorzet niet gegeven werd'. Een boodschap die als heel wezenlijk gevoeld wordt, kwam niet over. Dit doordat het ons aan creativiteit ontbrak om een voldoende ontspannen sfeer te creëren of om deze situatie te herkennen en hierop in te kunnen spelen zonder in ons zelf een te grote spanning te voelen opkomen.

Moeite hebben met directheid is menselijk, maar de kinderen waar ik over spreek zijn **óvergevoelig voor directheid**. Een directe of directieve aanpak hoeft daarom niet altijd zónder succes te blijven, maar het communicatieve wezen van de problematiek blijft hierbij vaak onaangeroerd, wat de behandeling symptomatisch maakt.

De benadering in en door het Ervaringshuis is vooral indirect, wat niet wil zeggen, dat directheid niet geoefend wordt. Sfeer, architectuur en haast ongemerkte methodiek nodigen uit om op pad te gaan, om je te bewegen tussen mensen, ruimtes en vertrekken welke hierdoor bewoond worden. Terloops vinden talloze gevarieerde contacten plaats tussen ouders onderling, kinderen onderling, kind en eigen ouders en andere ouders, contacten met de eigen en andere begeleiders, contacten met de ruimtes, de in- en uitgangen en omgeving en direct contact met de elementen zoals de Grieken die reeds noemden: aarde, buitenlucht, water, hoewel het vuur uit praktische overwegingen **weggelaten is**. Het genoemde woord 'terloops' is een metafoer, die enerzijds deze indirectheid en anderzijds het contact, de aanraking tijdens de beweging, goed aanduidt.

Uit terloops ontstane situaties van betrokkenheid ontstaan vaak de meest waardevolle momenten van aangeraakt zijn, van contact. De bouw en vorm van het Ervaringshuis vergemakkelijken het ontstaan van zulke momenten. Poortjes en onverwachte doorkijkjes verzinnebeelden als het ware nieuwe openingen in zowel stoffelijke, lichamelijke, als ook overdrachtelijke zin. Grensbeleving tussen in- en uitgaan, tussen binnen zijn en naar buiten

kijken, tussen exploratie en introspectie, maar óók tussen bijvoorbeeld poepen en verstopt zijn, grensbeleving krijgt nieuwe kansen tot variatie.

Het spreekt vanzelf, dat voor de weinige kinderen die in de kliniek opgenomen zijn en het Ervaringshuis nodig hebben, de directe nabijheid van het vertrouwde toegangspoortje onontbeerlijk is. Het haast ongemerkt even binnen kunnen wippen zonder vaste afspraak en op eigen gelegenheid, vormt veelal de basis voor een nieuwe procesgang in het herstel.

Niet meer gedwongen voelen

Het is het geleidelijk loslaten van gevoelens van dwang in z'n algemeenheid, wat de leidraad is in de behandelingswijze van het Ervaringshuis. Niet door onbeperkte vrijheid, maar door respect voor ieders persoon en voor zijn of haar gekozen manier van omgaan met elkaar en met zichzelf, inclusief de buikpijn, de onzindelijkheid, het continu claimen, enz. Het is niet een manier om je van deze omgangsvormen af te helpen, maar wel om te leren met elkaar om te gaan op meerdere wijzen en deze verruiming in mogelijkheden te ervaren. Kind en ouders zoeken hun plekje in het Ervaringshuis, waar nodig of gewenst, en geholpen door een vaste begeleider. Deze hoeft geen hoog academisch gevormd iemand te zijn, maar verstaat de levenskunst om in teamverband een sfeer te scheppen, die momenten van onbevangingheid en argeloosheid mogelijk maakt. Het gaat daarbij dus om het leren herkennen van zo'n moment, omdat dit het begin kan zijn van positieve ervaring. Het inslaan van dit pad, het gewoon samen op weg gaan en niet precies weten waar je uitkomt, is het begin van het genezingsproces. Het elke week weer op pad gaan, steeds iets verder, met steeds nieuwe keuzemogelijkheden en steeds weer thuiskomen met nieuwe ervaringen en gevoelens, welke overigens lang niet altijd fijn hoeven te zijn, is een cyclisch proces dat letterlijk en figuurlijk binnen het huisje geoefend wordt, en waarbij mijlpalen en de gewone simpele rituelen hier wezenlijke bestanddelen in vormen. Rituelen weerspiegelen het vertrouwen, dat je in de cyclische loop van het leven mag hebben. Dit vertrouwen is nodig om een nieuw pad in te durven slaan, te durven veranderen. Rituelen vormen als het ware de oevers waartussen de eindeloze variëteit der golfbewegingen mogelijk wordt. Ze horen ook bij de cyclische gang van alledag, zoals ook alle lichamelijke functies hun cyclische gang kennen om in evenwicht geleefd te worden: spelen en slapen, verlangen hebben en tevreden zijn, honger hebben en voldaan zijn, maar ook eten en poepen, drinken en plassen.

Psycho-somatiek, vertrouwen in herstel

Het blijkt van eminent belang te zijn om bij een wezenlijke verstoring van dit evenwicht in deze lichamelijke cycliciteit, vertrouwen te kunnen hebben in de lichamelijke basis van het Ervaringshuis om daar ook zo nodig een beroep op te kunnen doen. Ouder en kind met deze klachten weten wie hun dokter is en lopen ook door de polikliniekgang langs zijn deur naar het toegangspoortje van het Ervaringshuis, dat de verbindingspoort vormt tussen het cyclisch gebeuren binnen het 'huisje' en het komen en gaan van het dagelijks leven. De dokter staat als het ware bij de drempel, hij heeft je er overheen geholpen en personifieert min of meer de aandacht voor je lichaam en klachten.

Voor de kinderarts betekent dit dat hij een kind onder z'n hoede houdt, maar dat hij niet zelf meer intensief met dit kind en ouder bezig hoeft te zijn. Het Ervaringshuis is een enorme uitbreiding van z'n diagnostische en therapeutische mogelijkheden, ook in samenhang met fysiotherapie en logopedie, en voegt aan de toch altijd nog beperkte spreekkamerblik een hele dimensie toe.

Voor kind en ouders betekent het een unieke kans om vanuit het nauwe en schijnbaar doodlopende pad van de op één symptoom gerichte lichaamstaal nieuwe paden uit te proberen die, eenmaal ervaren en beoefend, meer lichaamsvrijheid en levensruimte bieden, zodat de inwendige druk afneemt en daarmee ook het oude symptoom. Daardoor kan weer gezonde groei en ontwikkeling, in relatie met elkaar, plaatsvinden.

Samenvattend

Samenvattend zou ik het pediatrisch perspectief van het Ervaringshuis zó willen kenschetsen: het meer psychosomatisch getinte scala van klachten van deze kinderen, wordt hier serieus genomen, zowel médisch als psychosociaal. Déze klachten, hoe verschillend ook in min of meer médische uitingsvorm, hebben gemeen dat aan de basis een steeds gerepeteerd communicatieprobleem ten grondslag ligt.

Behandeling dient enerzijds te bestaan uit medische begeleiding en optimalisering van de lichaamsfuncties, welke naarmate de psychosomatische diagnose zekerder wordt, een haast meer symbolische betekenis kan krijgen. Anderzijds is onze behandeling vooral gericht op een verruiming van psychosociale mogelijkheden. Het betreffende symptoom is te beschouwen als het 'stopwoord uit de lichaamstaal'. Door dat stopwoord kwamen kind en ouder niet toe aan die vele andere, vaak fijnere mogelijkheden van communicatie. Psychosomatisch ziek-zijn laat zich vooral vertalen als monotone benadrukking van een deelaspect van het kind – zijn 'zwakste schakel', die pas tot uiting komt bij te grote gespannenheid. Gezondheid zal weer terugkomen bij meer speelse variaties in mogelijkheden.

Misschien hebben enkelen uwer zich afgevraagd hoe een somatisch opgeleid kinderarts dit verhaal voor u kon houden? Het antwoord ligt in de naam van ons specialisme verankerd, 'kindergeneeskunde', wat wil zeggen dat wij ons best doen genezing te bevorderen bij alles wat des kinds is. Tijdens en ná mijn opleiding in het kinderziekenhuis voelde ik het ontbreken van wezenlijke medische aandacht voor psychosomatiek als een hinderlijke lacune, waaroverheen slechts een wankel bruggetje naar de afdeling kinderpsychiatrie met moeite in stand werd gehouden. Alleen de twee maatschappelijk werksters probeerden deze blinde vlek licht te geven, náást hun andere taken.

In Apeldoorn had mijn voorganger Jules Gadiot, iets dergelijks gevoeld en ook nog de moed en creativiteit gehad dit Ervaringshuis door de ambtelijke hindernissen heen te grondvesten, in de tuin bij de kinderafdeling. Geïntrigeerd als ik werd door het gebeuren in dit Ervaringshuis, waar niet zozeer 'weten' als wel een steeds heldere blik en 'verwondering' de leidraad vormen bij het bezielend en wetenschappelijk zoeken naar basale waarden door Annie Kluitenberg, kon en wilde ik niet anders dan de geijkte medische patronen te verrijken met de voor mij nieuwe mogelijkheden van deze aanpak. De kindergeneeskunde wordt 'heel' op deze wijze.

"Psychosomatiek behoeft een andere behandeling"

uit de voordracht door Marchinus Hofkamp, kinderarts, tijdens het symposium
"Zorg voor kinderen en jeugdigen met psychosomatische klachten:
een transmuraal perspectief"

Bijlage a - Leren omgaan met overgevoeligheid voor dwang

Het was de gave van Kluitenberg om op te merken dat kinderen die om deze redenen bij de kinderarts komen vaak buitengewoon gevoelig van karakter zijn en veelal overgevoelig voor dwang. Een eigenschap die zij nogal eens gemeen hebben met een ouder; de appel valt tenslotte niet ver van de boom. De reguliere aanpak van zo'n klacht was, en is elders nog steeds: gedragstherapie voor het kind. Dit is een aanpak waarbij gefocust wordt op het ongewenste gedrag: gewenst gedrag wordt beloond en ongewenst gedrag juist niet. Het kind moet hiermee zijn gedrag veranderen om weer in evenwicht en vrede te kunnen leven met zijn ouders, met zijn omgeving. Voor allerlei gedragsproblematiek is dit ook een logische en goed hanteerbare aanpak; zijn wij allen niet min of meer volgens dit principe opgegroeid? (bv. "eet eerst je bord leeg, dan krijg je je toetje"). Een achtenswaardige institutie als bv. de jeugd-GGZ functioneert in dit opzicht dan ook naar behoren. Kluitenberg merkte op, dat kinderen met een psychosomatische aandoening veelal averechts reageren op een gedrags-therapeutische aanpak. Deze kinderen voelen gedragstherapie als dwang, wat in zekere zin terecht is. Zo'n kind raakt ontredderd door het gevoel gedwongen te worden. Het trekt zich dan veelal terug met als gevolg dat de somatische klacht verergert en de therapietrouw verdwijnt. Ook gevoelige ouder kan in de aanwijzingen van de therapeut dwang ervaren, of voelt zich als schuldige aangewezen en haakt om die redenen af. Voor de gedragstherapeut veelal niet echt problematisch, want dit gebeuren legt hij gewoonlijk uit als "de ouders zijn onvoldoende gemotiveerd".

Is het de directe benadering van een ouder waardoor het te gevoelige kind in de klem komt? Dat kán, met name als deze of de andere ouder hem niet kan helpen om deze directe benadering in juiste zin te duiden. Een directe benadering kan dan steeds gevoeld worden als boosheid of als afgewezen worden. Iets waarop het kind dan kan reageren door terug trekkend gedrag, al dan niet met psychosomatische klachten, of door juist te overreageren in heftigheid.

En in geval van een juist ook gevoelige, indirect-communicerende moeder? Ouder en kind lopen dan een grote kans elkaar te verdubbelen: zij voelt het kind goed aan, en omgekeerd, of zij denken elkaar heel goed aan te voelen evenwel zonder dit te toetsen, wat een enorme verwarring en dus weer spanning kan opleveren. Of moeder en kind voelen elkaar zo goed aan, dat de wereld, soms inclusief de andere ouder buitenstaander is. Het kind leert zo niet om met een directe benadering om te gaan en loopt vaak pas op de schoolleeftijd vast in de directe benadering die het schoolleven nu eenmaal met zich meebrengt.

Een laatste mogelijkheid, namelijk een te gevoelige ouder en een meer direct reagerend kind? De problematiek kan hetzelfde zijn, maar komt dan vaak niet bij de kinderarts, omdat degene die zich dan afgewezen voelt niet primair het kind is, maar bv. de moeder, die haar eventuele lichamelijke klachten in de vorm van een opgeblazen gevoel of spastische dikke darm problematiek bij bv. de huisarts of gastro-enteroloog presenteert.

Bijlage b - GGZ instellingen en kinderen met lichamelijke klachten

Waarom zien de GGZ instellingen (geestelijke gezondheidszorg) zo weinig kinderen met lichamelijke uitingen van psychosociale problematiek?

Een eerste reden is, dat mensen zich vaak niet serieus genomen voelen als ze voor een lichamelijke klacht ('hij is heus niet gek, hoor'). De weerstand bij mensen om bij spanningsklachten naar een GGZ instelling verwezen te worden, en er dan ook werkelijk heen te gaan is groot. Lichamelijk even iets niet aankunnen is zelden een probleem naar de buitenwereld toe, maar op psychisch iets niet aankunnen heerst een taboe. Dit zorgt voor

een overaanbod van zulke klachten op de kinderpoli van de ziekenhuizen [1], terwijl GGZ instellingen veelal niet bij machte blijken te zijn om adequaat in te spelen op deze vraag van artsen en ouders.

Maar zelfs als een klacht duidelijk (ook) lichamelijk is, zoals vieze broeken of buikpijn, bestaat binnen de GGZ de neiging om zich te beperken tot de psychische duiding van deze klachten. Somatisch werkenden hebben dus de neiging om een klacht somatisch te duiden – ‘tot alle somatiek uitgesloten is’, en psychosociaal werkenden hebben deze neiging ook, maar dan op hún terrein. Dat er relatief nog maar weinig therapeuten zijn, die over hun eigen muurtje heen kijken, vormt een wezenlijke handicap in de zorg voor mensen met functionele klachten.

Wát nu, als er geen adequate begeleiding voorhanden is voor deze problematiek? Dan blijft het kind mét de ouders en de kinderarts op het spreekuur zitten met de klacht die veelal wel lichamelijk tot uiting komt, maar waarvoor geen lichamelijke oorzaak wordt gevonden, of met gedragsproblemen waarvan op zijn minst toch een lichamelijke component vermoed mag worden. Dan rest alleen de geruststellende uitleg dat er niets ernstigs aan de hand is en de doodoener dat het kind er maar ‘mee moet leren leven’. Dat dit een onbevredigend gevoel achterlaat bij behandelaar en ouders, zal duidelijk zijn. De ouders zullen nauwelijks gerustgesteld zijn, waardoor zij er bij de kinderarts op aandringen om elke eventueel mogelijke puur lichamelijke oorzaak ‘uit te sluiten’. Dat heeft weer veel (onnodig) diagnostisch onderzoek tot gevolg, en vormt een onnodige belasting voor het kind (en ouders). En als ook daarmee geen duidelijke oorzaak wordt gevonden, komt de huisarts weer onder druk blijft staan, of wordt het alternatieve circuit opgezocht. Dat de tweedeling in psychische en somatische zorg zónder een adequate brugfunctie ertussen eerder regel dan uitzondering is in Nederland toonde Prof. Schulpen al in 1998 aan [1].

Nu is het is voor jeugd-GGZ-instellingen ook een schier onmogelijke opgave om goed aan te sluiten bij deze vraag vanuit de medische hoek, omdat de GGZ met dit type kinderen niet veel ervaring heeft. En die ervaring kunnen ze ook niet opdoen, daar deze kinderen de GGZ instellingen na verwijzing veelal niet eens beréiken. Let wel, het gaat vaak om een gevoelige ouder die met een kind met bijvoorbeeld chronisch recidiverende hoofdpijnklachten naar de kinderarts gaat, omdat de huisarts niets bijzonders kon vinden. De kinderarts diagnosticeert spanningshoofdpijn en verwijst naar de jeugd-GGZ, waar het kind vervolgens nooit aankomt. Commentaar van de ouder: "Ik zie toch dat hij écht hoofdpijn heeft, dat het niet psychisch of aanstellerij is. Trouwens we hebben helemaal geen spanningen dus waar zou de GGZ ons mee moeten helpen". En de ouders van het kind dat de GGZ wél bereikt haken vaak af, óf omdat het kind door een gedragstherapeutische aanpak alleen nog maar meer klachten krijgt óf doordat de ouder zich zélf te zeer aangesproken voelt. Want dat is nu net het probleem waar we over spreken, een té grote gevoeligheid.

Zowel het niet aankomen bij een GGZ-instelling, als ook het afhaken wordt daar veelal (te gemakkelijk) uitgelegd als ‘onvoldoende gemotiveerd’, en dat is ‘te kort door de bocht’. Natuurlijk ligt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de ouders, maar het is alleszins te begrijpen, dat hun motivatie vooral de lichamelijke klacht betreft, de meer psychische motivatie moet van de dokter komen.

Het gaat hierin dus vooral om een goede aansluiting en een niet te directe aanpak. Bij een ook psychosociale behandelplek b́innen de somatische gezondheidszorg is de drempel laag en verloopt het afstemmen zoveel gemakkelijker.

Begrijp me niet verkeerd als zou gevoeligheid niet een goede menselijke eigenschap zijn. Gevoelige mensen zijn vaak juist erg gewaardeerd om hun invoelend vermogen en sociale opstelling, maar met té gevoelig ben je te kwetsbaar en als mens met ervaring dus nogal eens: te vaak gekwetst. Door een kind (en ouder) te leren met een te grote gevoeligheid om te gaan, ook te leren om opgebouwde spanning weer gemakkelijker kwijt te raken, verdwijnt de klacht en wordt symptoom-verschuiving en een neurotiserende ontwikkeling voorkomen.

Deze teksten werd door de auteur in 2018 iets bijgewerkt (in donkerblauw) teneinde de leesbaarheid te bevorderen.

[1] Schulpen, prof.Dr. T.W.J e.a – *Psychosociale zorg voor kinderen in niet-opleidingsklinieken* – Nieuwsbrief NVK (Ned.Ver.v.Kindergeneeskunde) 1998, blz 11-13+19

En nu? : Hoewel de data bij deze teksten (1988 en 1998) de indruk kunnen geven, dat ze 'gedateerd' zijn, is dat jammer genoeg niet het geval. De noodzaak van, en indicaties voor deze methodiek zijn eerder flink toegenomen, zeker ook door de sociale veranderingen in de afgelopen decennia. En dus hebben ook binnen het Ervaringshuis de ontwikkelingen niet stil gestaan. Ruim na het vertrek van Annie Kluitenbergh verhuisde 'het huisje' naar de GGZ, waarmee het fysiek werd losgekoppeld van de kinderopklinik – een zeer waardevolle en unieke situatie werd daarmee verstoord. Goed is wel, dat deze manier van 'ervaringsleren' ook deze scheiding heeft overleefd, zelfs in de veel kleinere en beduidend minder ludieke GGZ-ruimte.

Ook anno 2018 hebben nog steeds veel artsen weinig op met de psychosomatische aspecten van 'functionele klachten', en weten ze daardoor de ingang en aanpak van zulke klachten niet te vinden, met als gevolg nog steeds een forse 'overdaad' aan diagnostiek, en een tekortschietende behandeling. Heel geleidelijk aan lijkt daar nu toch enige verandering in te komen

Maar als je dan de ophef ziet, die is ontstaan doordat de Gezondheidsraad (weer) verklaarde dat een ernstige functionele klacht als het Chronisch Vermoeidheids Syndroom (CVS), ook wel ME genoemd, "een serieuze lichamelijke ziekte is waar verder onderzoek naar gedaan moet worden", dan zakt de moed weer wat in de schoenen. De patiëntenvereniging is blij, heel wat artsen zijn er 'ongelukkig' mee.

Patiënten zijn blij met de erkenning van ME als 'echte' (want lichamelijke) ziekte, en dokters zijn ongelukkig met de erkenning van 'lichamelijkheid' van een aandoening waarbij zij geen enkele lichamelijke afwijking vinden.

Het is een vervolg op een al decennia durende bizarre en volstrekt zinloze discussie over een aandoening, waarvan iedereen die ermee te maken heeft gehad weet dat ME een heel serieus persoonlijk probleem is dat lichaam/geest fors raakt.

Hoe zinloos zo'n discussie is, realiseer je je als je [lichaam & geest](#) op deze website doorleest. De ME-patiënt is echt 'gewoon ziek', en elke hulp die voor hem/haar ook maar een beetje effectief is, dient welkom te zijn, zowel hulp die meer lichamenlijk is als meer psychische hulp.